

2-е издание

Победить ПТСР методом пролонгированной ЭКСПОЗИЦИИ

Рабочая тетрадь клиента

Барбара Оласов-Ротбаум

Эдна Б. Фoa

Элизабет А. Хембри

Шейла А.М. Раух

Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции

Рабочая тетрадь клиента

2-е издание

Reclaiming Your Life from a Traumatic Experience

A Prolonged Exposure Treatment Program

CLIENT WORKBOOK

Second Edition

BARBARA OLASOV ROTHBAUM

EDNA B. FOA

ELIZABETH A. HEMBREE

SHEILA A.M. RAUCH

Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции

Рабочая тетрадь клиента

2-е издание

Барбара Оласов-Ротбаум
Эдна Б. Фoa
Элизабет А. Хембри
Шейла А.М. Раух



Москва ♦ Санкт-Петербург
2020

ББК 56.14
О-53
УДК 616.895

Компьютерное издательство "Диалектика"
Зав. редакцией *Н.М. Макарова*
Перевод с английского *Т.В. Исмаил*
Под редакцией канд. психол. наук *Э.В. Крайникова*

По общим вопросам обращайтесь в издательство "Диалектика" по адресам:
info.dialektika@gmail.com, <http://www.dialektika.com>

Оласов-Ротбаум, Б., Фoa, Э., Хембри, Э., Раух, Ш.

О-53 Победить ПТСР с помощью пролонгированной экспозиции: рабочая тетрадь клиента, 2-е изд.: Пер. с англ. — СПб: "Диалектика", 2020. — 128 с. — Парал. тит. англ.
ISBN 978-5-907203-50-1 (рус.)

ББК 56.14

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства Oxford University Press, Ins.

Copyright © 2020 by Dialektika Computer Publishing.

Original English Edition Copyright © 2019 by Oxford University Press, Ins.

All rights reserved including the right of reproduction in whole or in part in any form. This translation is published by arrangement with Oxford University Press, Inc.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning or otherwise without the prior written permission of the Publisher.

Научно-популярное издание

Барбара Оласов-Ротбаум, Эдна Б. Фoa,
Элизабет А. Хембри, Шейла Раух

Победить ПТСР с помощью пролонгированной экспозиции: рабочая тетрадь клиента 2-е издание

Подписано в печать 08.07.2020. Формат 84х108/32

Гарнитура Times

Усл. печ. л. 6,72. Уч.-изд. л. 4,9

Тираж 300 экз. Заказ № 4348

Отпечатано в АО "Первая Образцовая типография"

Филиал "Чеховский Печатный Двор"

142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1

Сайт: www.chpd.ru, E-mail: sales@chpd.ru, тел. 8 (499) 270-73-59

ООО "Диалектика", 195027, Санкт-Петербург, Магнитогорская ул., д. 30, лит. А, пом. 848

ISBN 978-5-907203-50-1 (рус.) © Компьютерное издательство "Диалектика", 2020
перевод, оформление, макетирование

ISBN 978-0-19-092693-9 (англ.) © 2019 by Oxford University Press, Ins.

Eground.pro - Скачивай платные курсы, тренинги и другие

ОГЛАВЛЕНИЕ

Об этой книге. Подходы, которые работают	13
Об авторах	15
ГЛАВА 1. Вступление	19
Глава 2. Подходит ли вам эта программа	31
Глава 3. Сессия 1	41
Глава 4. Сессия 2	53
Глава 5. Сессия 3	85
Глава 6. Возможные проблемы и их решение	99
Глава 7. Промежуточные сессии (от 4-й до заключительной)	111
Глава 8. Заключительная сессия	121

СОДЕРЖАНИЕ

Об этой книге. Подходы, которые работают	13
Об авторах	15
От издательства	18
ГЛАВА 1. Вступление	19
Что такое посттравматическое стрессовое расстройство	19
Что такое пролонгированная экспозиция (ПЭ)	21
Что такое теория эмоциональной обработки	23
Как возникла эта программа?	26
Преимущества и риски терапевтической программы ПЭ	27
Преимущества	27
Риски	27
Альтернативное лечение	28
Роль медикаментов	28
План этой терапевтической программы	28
Структура сессий	29
Глава 2. Подходит ли вам эта программа	31
Для кого разработана пролонгированная экспозиция	31
Злоупотребление психоактивными веществами и зависимость от них	34
Жизнь или работа в условиях повышенного риска	35
Повышение терапевтической мотивации	36
Глава 3. Сессия 1	41
Общее представление о терапевтической программе и процедурах	41
Сбор информации	45
Переобучение дыхания	46

Прослушивание записей сессий	47
Домашнее задание	48
Раздаточный материал 3.1 Обоснование продолжительной экспозиции	49
Раздаточный материал 3.2: Техника переобучения дыхания	52
Глава 4. Сессия 2	53
Обзор	53
Проверка домашнего задания	54
Обсуждение общих реакций на травму	54
Экспозиция in vivo	55
Знакомство со Шкалой субъективного дистресса	60
Построение иерархии экспозиций in vivo	61
Список типично избегаемых ситуаций у переживших травму	63
Соображения безопасности при построении иерархии экспозиций in vivo	65
Домашнее задание на экспозицию in vivo	65
Модель постепенной экспозиции in vivo	66
Домашнее задание на экспозицию in vivo	67
Домашнее задание	69
Раздаточный материал 4.3: Общие реакции на травму	75
Негативные эмоции	75
Повторное переживание травмы	76
Повышенная возбудимость	76
Избегание	77
Гнев и раздражительность	78
Вина и стыд	78
Печаль и депрессия	79
Видение себя и других людей	79
Употребление алкоголя или наркотиков	80
Взаимосвязанность	81
Раздаточный материал 4.4:	
Иерархия экспозиций in vivo	82
Раздаточный материал 4.5: Форма записи домашнего задания на экспозицию in vivo	83
Раздаточный материал 4.6:	
Форма домашнего задания для сессии 2	84

Глава 5. Сессия 3	85
Имагинальная экспозиция	85
Длительные или множественные травматические инциденты	86
Обоснование имагинальной экспозиции	86
Проведение имагинальной экспозиции	90
Обработка имагинальной экспозиции	92
Слова поддержки	93
Домашнее задание	94
Несколько заметок о домашнем задании	94
Раздаточный материал 5.7:	
Форма записи домашнего задания на имагинальную экспозицию	97
Раздаточный материал 5.8: Форма записи домашнего задания для сессий 3–10	98
Глава 6. Возможные проблемы и их решение	99
Важность терапевтической модели	100
Эффективное проведение экспозиции in vivo и имагинальной экспозиций	100
Модификация экспозиции in vivo	100
Модификация имагинальной экспозиции	103
Неполная вовлеченность	104
Чрезмерная вовлеченность	105
Другие препятствия для успешной экспозиции	107
Избегание	107
Гнев, грусть, стыд, вина и другие негативные эмоции	108
Глава 7. Промежуточные сессии от 4-й до заключительной)	111
Проверка домашнего задания	111
Имагинальная экспозиция	113
Горячие точки	114
Обработка имагинальной экспозиции	116
Экспозиция in vivo	117
Домашнее задание	117
Немного замечаний о домашнем задании	118
Раздаточный материал 5.8: Форма записи домашнего задания для сессий 3–10	119

Глава 8. Заключительная сессия	121
Имагинальная экспозиция	121
Обзор навыков, которыми вы овладели в этой программе	122
Профилактика рецидивов	125
Выпуск	126

Моему мужу Чарльзу и моим дочерям Йейл и Мишель, которые всегда поддерживали мою работу, даже когда она отнимала меня у них, с большой любовью и огромной благодарностью.

— Эдна Б. Фoa

Женщинам и мужчинам, которые участвуют в наших исследованиях. У нас не было бы доказательной базы, если бы не ваша щедрость и смелость, которым мы учились у вас. И моей семье, которая помогает мне помнить обо всем этом.

— Элизабет А. Хембри

Моему замечательному мужу Джону и сыновьям Алексу и Джейку. Мне так повезло быть вашей женой и матерью. Я благодарна за вашу поддержку, за то добро, которое мы делаем для других людей, и за то, как вы помогаете мне поддерживать связь с реальностью; я так горжусь вами. Знайте, что у вас всегда будет моя любовь и поддержка.

— Барбара Оласов-Ротбаум

Джорджу, Натану и Эдварду. Я люблю вас, а вы делаете меня счастливой и энергичной.

— Шейла А. М. Раух

Об этой книге. Подходы, которые работают

Одна из самых сложных проблем, с которой сталкиваются пациенты с различными расстройствами и болезнями, — получить наилучшую и доступную помощь. Все мы знаем от друзей или членов семьи, что часто люди обращаются за лечением к, казалось бы, уважаемому практикующему специалисту, а потом у другого специалиста выясняют, что изначальный диагноз был неправильным, а рекомендованное лечение ошибочным, если не вредным. Большинство пациентов или членов их семей решают эту проблему, самостоятельно разыскивая информацию о своих симптомах, проводя поиск в Интернете, настойчиво расспрашивая окружающих и прибегая к познаниям друзей и знакомых. Члены правительства и люди, отвечающие за политику здравоохранения, также осознают, что нуждающиеся в лечении люди не всегда получают наилучшую помощь, порой оправдывая такую ситуацию неизбежными недостатками системы здравоохранения.

Сегодня системы здравоохранения во всем мире пытаются исправить такое положение, применяя эмпирически обоснованные практики, обеспечивающие самую современную и эффективную помощь по конкретной проблеме. Политики от здравоохранения также признают, что потребителям медицинских услуг необходимо как можно больше информации, чтобы они могли принимать разумные решения, совместно с врачами работая над своим физическим и психическим здоровьем. Книги этой серии предназначены для того, чтобы отвечать этим условиям. В них понятным для читателя языком описаны самые последние и наиболее эффективные интервенции для конкретных проблем. Чтобы попасть в эту серию, каждая терапевтическая программа должна соответ-

ствовать самым высоким стандартам доказательности, которые определяет научно-консультативный совет. Тогда люди, страдающие от этих проблем, или члены их семей, которые ищут квалифицированного специалиста, знакомого с этими интервенциями и принимающего решение об их уместности, будут уверены, что получают лучший из возможных вариантов помощи. Естественно, только медицинский специалист может определить правильное терапевтическое сочетание.

Если вы пережили травму и не смогли самостоятельно от нее восстановиться, это пособие может помочь вам. Если у вас есть симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), предлагаемые здесь инструменты и стратегии помогут снизить ваши тревогу и страх, а также любые другие связанные с травмой проблемы, которые могли возникнуть. С помощью упражнений на экспозицию и эмоциональную обработку вы узнаете, что можете безопасно вспоминать вашу травму и связанные с ней события. Дыхательные техники помогут вам переносить вашу тревогу и снизить чувство дистресса. Эта программа наиболее эффективна при совместной работе с вашим терапевтом.

— Дэвид Х. Барлоу, главный редактор серии, Бостон,
Массачусетс

Доступ к формам и рабочим листам в Интернете

Эта книга предназначена для людей, переживших травматический опыт и проходящий терапию ПТСР методом пролонгированной экспозиции. Терапевтам предлагается книга Пролонгированная экспозиция в терапии ПТСР: переработка травматического опыта. Руководство для терапевта, 2-е издание.

Эдна Б. Фoa, д-р философии, профессор клинической психологии в Университете Пенсильвании, директор Центра лечения и изучения тревоги. Д-р Фoa посвятила свою академическую карьеру изучению психопатологии и лечению тревожных расстройств, в первую очередь, обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Ее исследовательская деятельность включает теоретическое обоснование механизмов, лежащих в основе этих расстройств, разработку целенаправленного лечения этих расстройств и выявление терапевтических механизмов, доказавших свою эффективность. Разработанная ею терапевтическая программа для больных с ПТСР получила самую высокую оценку эффективности и широко распространилась в США и по всему миру. Работа д-ра Фoa была отмечена многочисленными отличиями и наградами, в том числе Наградой за научный вклад в область клинической психологии от Американской психологической ассоциации, Наградой за прижизненные достижения от Международного общества исследований травматического стресса, Наградой за прижизненные достижения от Ассоциации поведенческой и когнитивной терапии, Наградой за прижизненные достижения 2010 года в области психологии травмы от Американской психологической ассоциации, Наградой за выдающиеся достижения в карьере от Международного фонда по обсессивно-компульсивному расстройству. Она входит в список ста наиболее влиятельных людей мира по версии журнала *Time* и является обладателем награды Американской психологической ассоциации 2015 год за выдающий вклад в науку.

Элизабет А. Хембри, д-р философии, ассоциированный профессор кафедры психологии на факультете психиатрии Медицинской школы Перельмана при Университете Пенсильвании (Филадельфия). Клиническая работа и исследования д-ра Хембри в основном сосредоточены в обла-

сти тревожных расстройств, психологии травмы, лечения людей с травматическими расстройствами, когнитивно-поведенческих методов лечения ПТСР. На протяжении 20 лет она преподавала в Центре лечения и изучения тревоги, где и был разработан метод пролонгированной экспозиции. Д-р Хембри занимала должность директора Отдела клинической подготовки в Центре лечения и изучения тревожности с 1999 по 2009 годы. В течение последних 20 лет она участвовала в многочисленных клинических испытаниях, посвященных эффективности когнитивно-поведенческой терапии ПТСР и тревожных расстройств, часто проводила семинары по когнитивно-поведенческой терапии ПТСР как в США, так и за рубежом. Ее опыт в области лечения травм и ПТСР оказался востребован Управлением по делам здоровья ветеранов Министерства обороны США, помогая обучать специалистов по охране психического здоровья обеспечению эффективно и эмпирически обоснованного лечения военнослужащих и ветеранов боевых действий. Д-р Хембри — автор многих статей и глав книг в области ПТСР, была членом редколлегий *Journal of Traumatic Stress* и *Journal of Anxiety Disorders*.

Барбара Оласов-Ротбаум, д-р философии, член Американского совета профессиональной психологии, профессор психиатрии и заместитель вице-председателя клинических исследований на факультете психиатрии и поведенческих наук в медицинской школе Эмори, директор программы здравоохранения для ветеранов в Эмори и программы восстановления после травмы и тревожности в Эмори. Она возглавляет кафедру Пола А. Янссена по нейропсихофармакологии. Д-р Ротбаум специализируется на исследованиях лечения людей с тревожными расстройствами, особенно с акцентом на ПТСР. Она автор более 300 научных статей и глав книг, автор пяти книг по лечению ПТСР и редактор еще трех книг по тревоге, обладатель дипломов в области поведенческой психологии от Американского совета по профессиональной психологии. Д-р Ротбаум — бывший президент

Международного общества исследований травматического стрессового расстройства, член Научно-консультативного совета Американской ассоциации по борьбе с тревожными расстройствами, Национального центра исследований ПТСР и Госпиталя Маклин. Входит в исполнительный комитет Организации помощи воинам, является пионером в применении виртуальной реальности при лечении психологических расстройств. Она научный сотрудник Американского колледжа нейропсихофармакологии, Ассоциации поведенческой и когнитивной терапии, Отделения психологии травмы Американской психологической ассоциации и Национальной академии изобретателей. Д-р Ротбаум получила награду Роберта С. Лауфера за выдающиеся научные достижения. В 2015 году она вместе со своей командой получила премию за выдающийся вклад в психологию травмы. Она сотрудничает с Институтом медицинских исследований по оцениванию достижений в лечении ПТСР. Ее просветительская деятельность включает в себя обучение сообщества врачей эмпирически обоснованному лечению ПТСР.

Шейла А. М. Раух, д-р философии, член Американского совета профессиональной психологии, ассоциированный профессор кафедры психиатрии на факультете психиатрии и поведенческих наук в Медицинской школе Университета Эмори. Она является медицинским директором программы ветеранов Университета Эмори и директором Исследований по психическому здоровью и оценке программ Ассоциации ветеранов в системе здравоохранения Атланты. Докторскую степень получила в 2000 году в Университете Северной Дакоты. Д-р Раух более 20 лет проводит исследования и лечение ПТСР и тревожных расстройств, она получила диплом по поведенческой психологии от Американского совета профессиональных психологов. Ее исследования направлены на изучение биологических и психологических механизмов, участвующих в развитии и лечении ПТСР, и на улучшение доступа к эффективным интервенциям. С 2000 года она обучает

клиницистов лечению ПТСР. Она публиковала научные статьи и главы в области тревожных расстройств и ПТСР, уделяя особое внимание нейробиологии и факторам, участвующим в развитии, поддержании и лечении тревожных расстройств, психосоциальным факторам в медицине, а также связи между физическим здоровьем и тревогой. Д-р Раух ведет работу по модификации и адаптации эмпирически обоснованных интервенций при тревожных расстройствах для разных групп населения и в разных условиях, включая первичную помощь. Она обладатель дипломов в области когнитивной и поведенческой психологии, член совета директоров и ученого совета Американской ассоциации по изучению тревоги и депрессии.

От издательства

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик и комментатор. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересно услышать и любые другие замечания, которые вам хотелось бы высказать в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам бумажное или электронное письмо либо просто посетить наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится или нет вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Посылая письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также ваш обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию последующих книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: info.dialektika@gmail.com

WWW: <http://www.dialektika.com>

Цели

- ❖ Понять особенности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)
- ❖ Узнать о пролонгированной экспозиции (ПЭ) и теории эмоциональной обработки
- ❖ Узнать, как была разработана эта программа
- ❖ Узнать о потенциальных рисках и преимуществах ПЭ и альтернативных терапевтических вариантах
- ❖ Понять, что включает в себя эта программа

Что такое посттравматическое стрессовое расстройство

ПТСР может развиваться вследствие непосредственного переживания травматического события, личного свидетельства события, в которое вовлечены другие лица, известия о событии, которое произошло с близкими членами семьи или близкими друзьями. Люди с ПТСР страдают от четырех основных типов симптомов, к которым обычно относятся:

- ❖ повторное переживание травмы;
- ❖ избегание воспоминаний, связанных с травмой;
- ❖ негативные мысли и настроение;
- ❖ постоянное чувство взвинченности и настороженности.

Симптомы ПТСР обычно появляются сразу после травматических событий, и зачастую могут снижаться вплоть до

20 Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции: ...

естественного восстановления. Тем не менее, у некоторых людей симптомы ПТСР остаются или появляются после шестимесячного (или более) отсутствия, становятся хроническими и препятствуют повседневной жизнедеятельности. Если это ваш случай, программа пролонгированной экспозиции (ПЭ) может помочь вам.

Симптомы ПТСР, проявляющиеся после воздействия травматического события или событий, делятся на четыре группы, также известные как “кластеры симптомов”.

- ♦ Первый кластер, *интрузивные симптомы*, включает в себя повторяющиеся и дистрессовые образы, ночные кошмары и мысли о событии. Эти симптомы переживаются как навязчивые, неконтролируемые и интенсивные, и могут возникнуть в качестве реакции на напоминания о событии или просто на ровном месте.
- ♦ Второй кластер, *симптомы избегания* — усилия, направленные на избегание мыслей, чувств и воспоминаний или напоминаний о людях, местах или предметах, связанных с травмой. Клиенты описывают избегание как то, что более всего ограничивает их жизненную активность, поскольку они отказываются от тех видов активности, ранее доставлявших им удовольствие. Кроме того, семья и друзья часто не понимают, почему они не участвуют в социальной жизни, расценивая это как отчуждение.
- ♦ Третий кластер, *негативное настроение*, включает в себя мысли и чувства самобичевания и вины, связанные с травмой, а также убеждение, что весь мир опасен. Такие убеждения часто иррациональны, навязчивы и преувеличены. Эти симптомы также могут включать чувство отстраненности от окружающих и трудности с переживанием позитивных эмоций. Люди с ПТСР часто испытывают грусть и чувство поражения, что приводит к высоким показателям коморбидности депрессии.

- ♦ И наконец, кластер симптомов *повышенной возбудимости* включает проблемы со сном, вспышки гнева, аутодеструктивное поведение, постоянное чувство настороженности, проблемы с концентрацией внимания и обостренные реакции. Клиенты часто описывают ощущения того, что их жизнь находится в постоянной опасности и что они должны быть все время готовы дать отпор. Как подчеркивается в DSM-5, ПТСР включает в себя не только страх, но и другие эмоции, такие как самобичевание, вину и гнев.

Что такое пролонгированная экспозиция (ПЭ)

ПЭ — это способ помочь пережившим травму *эмоционально обработать* свои травматические переживания. Это уменьшает ПТСР и другие, связанные с травмой, проблемы. Термин “пролонгированная экспозиция” происходит из давней традиции лечения тревожных расстройств экспозицией (воздействием). В экспозиционной терапии людям помогают сталкиваться с объективно безопасными, но вызывающими тревогу ситуациями, чтобы снизить их чрезмерный страх, беспокойство и дистресс. Классическим примером экспозиции является совет всаднику снова сесть на коня после того, как тот его сбросил. Делая это, всадник преодолевает свой страх быть сброшенным и снижает его до приемлемой величины.

Основой ПЭ является теория эмоциональной обработки ПТСР. Согласно этой теории, специальная обработка травматического события способствует снижению симптомов ПТСР. В этой книге мы будем делать акцент на эмоциональной обработке, поскольку она успешно снижает симптомы ПТСР. Более подробно мы обсудим теорию эмоциональной обработки позже в этой главе.

ПЭ включает в себя следующие ключевые компоненты.

22 Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции: ...

- ♦ Психообразование в отношении общих реакций на травму, которые поддерживают связанные с ней симптомы, и того, как ПЭ снижает симптомы ПТСР.
- ♦ Повторяющаяся экспозиция в реальной жизни (так называемая экспозиция *in vivo*) ситуаций, людей или предметов, которые объективно безопасны или малоопасны, но которых человек избегает, поскольку они связаны с травмой и вызывают эмоциональный дистресс, например, тревогу, стыд или чувство вины.
- ♦ Повторяющаяся имажинальная экспозиция воспоминаний о травме (которая является повторным возвращением и пересказом травматического воспоминания в воображении человека) с последующей обработкой деталей события, а также эмоций и мыслей, которые человек испытывал во время травмы. Это достигается путем обсуждения переживания и пересказа травматических воспоминаний.

Имагинальная экспозиция и экспозиция *in vivo* являются основой лечения ПЭ. Эти методы были выбраны, потому что есть много данных, доказывающих их эффективность в снижении тревоги и дистресса у людей, страдающих от тревожных расстройств, например, конкретных фобий, панического расстройства, социального тревожного расстройства и обсессивно-компульсивного расстройства. Как мы увидим далее в этой главе, многочисленные исследования на протяжении 30 лет показали, что ПЭ эффективно снижает ПТСР и другие связанные с травмой проблемы, например, депрессию, общую тревогу, употребление психоактивных веществ и гнев. Понятно, что нет никаких гарантий того, как вы будете реагировать, но эта программа уже помогла тысячам людей во всем мире, поэтому мы надеемся, что она также поможет и вам.

Цель имажинальной экспозиции и экспозиции *in vivo* — помочь вам эмоционально обработать травматические события, сталкивая вас с воспоминаниями о вашей травме и ситуациями, связанными с этими воспоминаниями. *Это эффективный*

способ понять, что воспоминания о травме, напоминающие ее ситуации и действия, связанные с этими воспоминаниями, не являются тем же самым, что и сама травма. Вы узнаете, что можете безопасно вспоминать свою травму и переживать напоминания о ней. Тревога и дистресс, которые вы испытывали поначалу, со временем будут снижаться, и вы сможете переносить это беспокойство. В конечном счете, данное лечение поможет вам взять контроль над вашей жизнью после ПТСР.

Что такое теория эмоциональной обработки?

Терапия ПЭ основана на теории эмоциональной обработки, которая была разработана Эдной Фоа и М. Дж. Козаком в качестве способа понять тревожные расстройства и то, как экспозиционная терапия снижает их симптомы. Теория эмоциональной обработки основана на идее, что страх представлен в памяти как программа избегания опасности. Структура страха включает в себя различную информацию, в том числе: 1) то, чего мы боимся, *устрашающие стимулы* (например, медведь); 2) *реакции страха* (например, учащение пульса); 3) *значение* стимулов (например, медведи опасны) и *реагирование* на них (например, учащенное сердцебиение означает, что я боюсь). Когда страх реален, мы называем его *нормальным страхом*, а его структура содержит информацию о том, как мы можем лучше отреагировать на реальную угрозу. Таким образом, чувство страха или ужаса при виде медведя и действия, связанные с избеганием этих стимулов, являются адекватными реакциями и могут рассматриваться как нормальная и полезная реакция страха.

Согласно Э. Фоа и М. Дж. Козаку, структура страха становится проблемой, когда: 1) информация в ней не точно отражает действительность; 2) бесполезное избегание или сильные эмоциональные реакции вызываются безвредными стимулами, связанными с травмой; 3) реакции страха

24 Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции: ...

и избегания мешают повседневной жизни человека; 4) безвредные стимулы и реакции воспринимаются как опасные. Авторы предположили, что для успешного изменения нереалистичной и ненормальной структуры страха, и тем самым уменьшения дистресса человека, необходимы два условия:

- ❖ Во-первых, необходимо вызывать, или активировать, страх и тревогу. Если этого не сделать, структура страха не может быть изменена.
- ❖ Во-вторых, необходимо заменить изначальную, нереалистичную информацию в структуре страха (например, я распадусь на части, если позволю себе говорить или думать о травме) реалистичной информацией (получаемой по ходу проговаривания травматического переживания и осознания того, что оно вас не сломало).

Экспозиционная терапия соответствует этим двум условиям.

Порой люди полагают, что если они столкнутся с тем, чего боятся, их беспокойство или другие эмоциональные реакции (грусть, ранимость и т.д.) будут настолько сильными, что они “потеряют контроль” или “сойдут с ума”. Но исследования показали, что, когда мы в терапевтических целях сталкиваемся с тем, чего боимся, это помогает преодолению таких мыслей. Авторы этого пособия, их коллеги и многие исследователи во всем мире опубликовали ряд трудов, описывающих, как ПЭ помогает людям с ПТСР.

Вы можете задаться вопросом, почему у некоторых переживших травму развивается ПТСР, а у других — нет. Согласно теории эмоциональной обработки, развитие хронического ПТСР происходит, когда пережившие травму не полностью обработали травматическое воспоминание. Таким образом, цель лечения ПТСР — способствовать эмоциональной обработке. Экспозиция того, чего мы боимся, приводит к размышлениям о соответствующей структуре страха (а, значит, и ее активации), что предоставляет реалистичную информа-

цию о вероятности и цене последствий, которых мы боимся. Помимо страха внешней угрозы (например, снова подвергнуться нападению), мы можем иметь бесполезные или неточные убеждения относительно самой тревоги (или других сильных негативных эмоций, например, грусти или гнева), которые *не оправдаются* во время экспозиции. Например, убеждение в том, что тревога или грусть никогда не прекратятся, пока мы не выйдем из ситуации, или что тревога или грусть вызовут потерю контроля или безумие, доказывают свою несостоятельность, когда мы успешно делаем те вещи, которых боимся. Этой новой информации (что тревога или грусть не длятся вечно, или что мы не потеряем контроль и не сойдем с ума) мы обучаемся во время сессии экспозиционной терапии, которая меняет структуру страха (или грусти), заставляя нас меньше бояться или грустить в следующий раз, когда мы сталкиваемся с подобными ситуациями, что приводит к снижению симптомов ПТСР.

Столкнувшись с воспоминаниями и напоминаниями о травме, мы узнаем, что можем терпеть такие ситуации и что ничего плохого с нами не произойдет. Мы даже узнаем, что наш дистресс снижается, когда мы сталкиваемся с тем, чего избегали. Мы узнаем, что не сходим с ума и не теряем контроль. Имагинальная экспозиция и экспозиция *in vivo* помогают нам понять разницу между травматическим событием и другими подобными — но не опасными — событиями. Это позволяет нам увидеть травму как конкретное событие, произошедшее в пространстве и времени, что помогает преодолеть наши чувства и мысли о том, что мир полон опасности, и мы совершенно не способны с этим справиться.

Люди с ПТСР часто сообщают, что мысли о травматическом событии заставляют их ощущать, будто оно происходит снова и снова. Повторяющаяся имагинальная экспозиция травматических воспоминаний помогает понять разницу между прошлым и настоящим. Она помогает понять, что хотя воспоминание о травме может быть эмоционально болезненным, травма больше не повторится, и поэтому думать о событии не опасно.

Повторяющаяся имажинальная экспозиция также помогает людям по-другому думать о том, что с ними произошло. Например, клиентка, которая испытывает вину за то, что не сделала больше, чтобы противостоять злоумышленнику, вскоре может понять, что сопротивлялась, как могла, или что последствия могли бы быть более серьезными, если бы она сопротивлялась. Все эти изменения снижают симптомы ПТСР и вызывают чувства мастерства и компетентности. На каждой сессии имажинальной экспозиции вы будете говорить с вашим терапевтом о травматическом переживании, о том, что вы думаете и чувствуете по этому поводу, и как оно меняется со временем. Такая обработка поможет изменить структуру вашего страха.

Как возникла эта программа?

Программа ПЭ была разработана авторами данного пособия в Центре лечения и изучения тревоги (CTSA) в Университете Пенсильвании. За последние 30 лет мы с другими специалистами провели контролируемые исследования, в рамках которых опробовали этот вид лечения на тысячах клиентов. Кроме того, мы обучили многих терапевтов в разных учреждениях и разных странах использовать его. Наш клинический опыт и результаты исследований способствовали развитию ПЭ в ее нынешнюю форму, которая представлена в следующих главах. ПЭ была хорошо изучена в университетских исследованиях и терапевтическими сообществами в США и во всем мире, включая Израиль, Японию, Австралию и Европу. Авторы и другие специалисты обучали и продолжают обучать терапевтов по всему миру применять этот метод. В результате большого объема исследований, подтверждающих эффективность ПЭ, в 2001 году эта терапевтическая программа получила Премию профилактических программ Министерства здравоохранения и социальных служб США и Управления по

вопросам злоупотребления психоактивными веществами (SAMHSA), и была определена в качестве типовой программы на национальном уровне. Мы очень рады тому, что ПЭ помогает людям, и отчасти причина, по которой мы написали эту книгу, — помочь еще большему количеству людей.

Преимущества и риски терапевтической программы ПЭ

Преимущества

Тридцать лет исследований в области ПЭ показали, что это лечение является эффективным и безопасным для людей с ПТСР. Почти все исследования обнаружили, что ПЭ не только снижает симптомы ПТСР, но и другие проблемы, связанные с травмой, в том числе депрессию, гнев, употребление психоактивных веществ и общую тревогу. Она помогает людям вернуть контроль над своей жизнью.

Риски

Основными рисками, связанными с ПЭ, является чувство дискомфорта и эмоциональной боли, особенно когда в процессе лечения человек сталкивается с провоцирующими тревогу образами, воспоминаниями и ситуациями. ПЭ разработана для того, чтобы вы столкнулись с этими эмоциями и реакциями, и мы, авторы, знаем, что часто это бывает болезненно, особенно поначалу. Вот почему лучше всего проводить ПЭ с помощью квалифицированного специалиста, который будет рядом, чтобы помочь вам пройти через это. Вы можете чувствовать себя хуже перед тем, как почувствовать себя лучше. Но если вы будете придерживаться выбранного курса, высока вероятность того, что вы будете чувствовать себя намного лучше еще долгое время. Оно того стоит!

Альтернативное лечение

Помимо ПЭ и других видов экспозиционной терапии, программы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), которые были признаны эффективными, включают терапию когнитивной обработки (ТКО), когнитивную терапию (КТ), стресс-прививочную терапию (СПТ) и десенсибилизацию и переработку движениями глаз (ДПДГ).

Роль медикаментов

Сертралин (Zoloft) и пароксетин (Paxil) — единственные лекарства, одобренные Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) для назначения при лечении ПТСР. Обычно к терапии приступают люди, уже принимающие любой из этих препаратов или другие соответствующие лекарства от ПТСР или депрессии. Если вы уже принимаете эти лекарства и все еще страдаете от ПТСР, вы можете продолжать их принимать и пройти программу ПЭ, поскольку мы не обнаружили лекарств, препятствующих этому лечению.

План этой терапевтической программы

Терапевтическая программа состоит из 8–15 сессий, проходящих один или два раза в неделю, продолжительностью, как правило, по 90 минут. Это пособие разделено на главы, в которых рассказывается о том, что будет происходить на каждой сессии.

Каждая глава включает в себя описание техник, которые вы будете применять, и объяснения, как их использовать, домашние задания и все необходимые раздаточные материалы и формы. Вам или вашему терапевту следует делать аудиозапись каждой сессии, чтобы вы могли слушать ее как часть вашего домашнего задания. Затем, начиная с сессии 3, вы или ваш терапевт будете делать отдельную запись каждой имаги-

нальной экспозиции, чтобы ежедневно прослушивать ее дома. Таким образом, на каждой сессии, включающей в себя имажинальную экспозицию, делаются две записи — запись сессии, в которую входит все до начала вашей имажинальной экспозиции, и отдельная запись имажинальной экспозиции (после которой продолжается запись сессии с последующим обсуждением). Кроме того, вы или ваш терапевт сделаете отдельную запись во время переобучения дыхания на сессии 1, чтобы прослушивать ее дома и практиковать релаксирующее дыхание.

Структура сессий

Сессия 1 начинается с обзора терапевтической программы и общего обоснования ПЭ. Вторая часть сессии посвящена сбору информации о травме (травмах), ваших реакциях на травму и других стрессовых переживаниях, которые, возможно, вы имели. Сессия заканчивается тем, что ваш терапевт рассказывает вам о технике переобучения дыхания. В качестве домашнего задания вас попросят прочитать обоснование лечения, которое вы найдете в этой главе, и ежедневно практиковать дыхательные упражнения.

Сессия 2 дает вам возможность подробно рассказать о своих реакциях на травму и ее влиянии на вас. Затем обсуждаются общие реакции на травму. Далее ваш терапевт объяснит концепцию экспозиции, с акцентом на экспозицию *in vivo*. Наконец, во время сессии 2 вы и ваш терапевт составите список ситуаций, видов деятельности и мест, которых вы избегаете, с определением того, насколько вы их боитесь или избегаете. После этой сессии в качестве домашнего задания вы начнете сталкиваться с ситуациями, применяя методы экспозиции *in vivo*. Сессия 2 заканчивается тем, что ваш терапевт назначит вам домашние задания на экспозицию *in vivo*. Вам также рекомендуется ежедневно практиковать дыхательные упражнения, которым вы обучились на сессии 1, и перечитать информацию об общих реакциях на травму, содержащуюся в данной Рабочей тетради клиента.

Сессия 3 начинается с проверки домашнего задания. Ваш терапевт расскажет о важности имажинальной экспозиции (пересмотр и пересказ травматического воспоминания с привлечением воображения). Затем, при поддержке и руководстве вашего терапевта, вы проведете свой первый имажинальный пересмотр травматического воспоминания. Во время этой экспозиции вас попросят в течение 40–45 минут визуализировать и описать травматическое воспоминание. За этим следуют 15–20 минут обсуждения, чтобы помочь вам продолжить обработку ваших мыслей и чувств, связанных с травмой. Домашнее задание для этой сессии состоит в прослушивании записи имажинальной экспозиции и выполнении упражнений на экспозицию *in vivo*.

Промежуточные сессии (4–14) состоят из проверки домашних заданий, за которыми следуют имажинальная экспозиция, пост-экспозиционная обработка (обсуждение) ваших мыслей и чувств и обсуждение домашнего задания на экспозицию *in vivo*, которое нужно выполнить до следующей сессии. По мере терапевтического прогресса вам будет рекомендовано все более подробно описывать травму во время имажинальной экспозиции, постепенно все более сосредоточиваясь на самых тревожных частях травматического переживания, или воспоминаниях о “горячих точках”. На дальнейших сессиях время, посвященное имажинальной экспозиции, будет сокращаться, примерно, до 40 минут.

Заключительная сессия включает в себя проверку домашнего задания, имажинальную экспозицию, обсуждение этой экспозиции (с акцентом на то, как переживание изменилось в ходе терапии) и подробный обзор вашего терапевтического прогресса. Завершающая часть заключительной сессии посвящена обсуждению применения всего того, о чем вы узнали по ходу лечения, профилактики рецидивов, и, если вы заканчиваете терапию, прощанию с терапевтом.

Вы решили взять контроль над своей жизнью, и вы на правильном пути!

Цели

- ❖ Определить, подходит ли вам эта программа
- ❖ Повысить вашу терапевтическую мотивацию

Для кого разработана пролонгированная экспозиция

Не каждому пережившему травму требуется сосредоточенное на травме лечение, например, пролонгированная экспозиция (ПЭ). Многие исследования показали, что естественное восстановление имеет место у многих людей, которые пережили травматическое событие. На самом деле, симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других реакций на травму очень распространены и возникают почти у всех людей сразу после травмы, но затем у многих эти симптомы и реакции значительно снижаются, особенно в течение первых трех месяцев.

Если, по крайней мере, через месяц после травматического события вы все еще страдаете от симптомов ПТСР, которые мешают вашей жизни, пришло время подумать о ПЭ. Опираясь на лечение и исследование тысяч людей, пострадавших от травмы, мы рекомендуем рассматривать возможность ПЭ, если:

- ❖ *после травмы у вас есть посттравматическое стрессовое расстройство и связанные с ним проблемы (на-*

пример, депрессия, хроническая тревога, высокий уровень гнева или стыда);

- ♦ *у вас есть достаточно четкое воспоминание о травматическом событии или событиях в виде истории — т.е., вы можете себе представить и описать травматическое воспоминание (устно или письменно).*

Мы не рекомендуем ПЭ, если:

- ♦ *У вас имеются сильные побуждения и план покончить с собой либо нанести вред другим людям или вы недавно предпринимали такие попытки.* Так как суицидальное поведение и история суицидальных действий и попыток довольно типичны для людей с ПТСР, если у вас в настоящем есть планы или намерения самоубийства, мы рекомендуем сначала решить эти проблемы. Исследования показали, что ПЭ снижает симптомы депрессии, как и симптомы ПТСР, но вы должны чувствовать себя достаточно сильным и принять обязательства остаться в живых, чтобы достичь этих преимуществ. Если у вас есть сомнения или обеспокоенность по этому поводу, вы должны обязательно обсудить это с вашим терапевтом, чтобы вместе с ним принимать решения о направленности лечения и о том, как и когда приступить к ПЭ.
- ♦ *Вы предпринимаете самоповреждающие действия.* Для некоторых людей с ПТСР вполне обычно иметь за плечами истории нанесения себе вреда в виде порезов, ожогов или других способов умышленного самоповреждения. Однако если это продолжается в настоящее время, вы не должны приступать к ПЭ, пока не сможете совладать с импульсами причинения себе вреда, не поддаваясь им. Если это был способ, которым вы справлялись с эмоциональной болью в прошлом, тогда во время лечения у вас могут появиться побуждения снова причинить себе вред. Но чтобы

получить максимальную пользу от ПЭ, вам необходимо понять, что вы можете терпеть эти негативные эмоции, и что они снизятся, если вы не будете пытаться убежать, избегать или отвлекаться. Программы, которые сочетают ПЭ и *диалектическую поведенческую терапию* (ДПТ), успешно помогают клиентам как с ПТСР, так и с поведением самоповреждения, и такие программы могут быть хорошим выбором, если вы не можете самостоятельно пресечь такое поведение.

- ❖ *В настоящее время у вас сохраняется высокий риск подвергнуться нападению или изнасилованию (например, вы проживаете с насилующим вас супругом, партнером или другим человеком, который причиняет вам физический вред).* Если сейчас вы находитесь в жизненной ситуации, в которой вас избивают, подвергают сексуальному насилию или наносят серьезный вред, это должно стать первым направлением помощи, которую вы получите. Ваша безопасность является абсолютным приоритетом. ПЭ и любое другое лечение прошлой травмы должны быть отложены, пока вы не окажетесь в безопасности и не будете больше подвергаться насилию.
- ❖ *У вас нет достаточно устойчивого воспоминания о травматическом событии или событиях.* ПЭ не должна использоваться для того, чтобы помочь кому-то восстановить или вспомнить травматическое событие. Хотя иногда люди вспоминают больше деталей о травме по ходу ПЭ, мы настоятельно не рекомендуем применять ее к тем, кто имеет лишь “чувство” или смутное ощущение, что пострадал от травмы, которую не может вспомнить. Если это описывает то, что вы чувствуете, мы рекомендуем обсудить это с вашим терапевтом. Терапевт может помочь вам справиться с этими чувствами, но не следует пытаться использовать воображаемую экспозицию, чтобы притягивать воспоминания или помогать их восстановить.

Другие вопросы, которые следует учитывать при принятии решения о вашем соответствии ПЭ, включают: 1) злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами и зависимость от них; 2) проживание или работа в окружении с высокой степенью риска.

Злоупотребление психоактивными веществами и зависимость от них

В наших ранних работах мы обычно рекомендовали людям с наркотическими или алкогольными проблемами сначала вылечиться от расстройств, связанных с наркотиками и алкоголем, а затем вернуться в сосредоточенную на травме терапию. Однако уже много лет мы предлагаем ПЭ клиентам с ПТСР, страдающим от злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами. У нас есть данные исследований, что ПЭ помогает людям с хроническим ПТСР и злоупотреблением психоактивными веществами, позволяя им одновременно проходить лечение от своей зависимости. Мы часто рассматриваем злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами как форму избегания, активно побуждая людей прекратить их употребление. Мы отслеживаем злоупотребление психоактивными веществами на протяжении всего лечения, и особенно бдительны в отношении их приема с целью снижения тревоги и других болезненных ощущений.

Вероятно, вы сами осознаете, когда принимаете алкоголь или наркотики, чтобы заблокировать болезненные, связанные с травмой, чувства и мысли. Вероятно, вы также осознаете, что такое злоупотребление, в конечном итоге, может привести к целому ряду других проблем в жизни. Если вы собираетесь практиковать ПЭ, чтобы справиться со связанными с травмой проблемами, важно, чтобы вы думали о том, принимаете ли алкоголь или наркотики, чтобы избежать или блокировать болезненные мысли и чувства, и чтобы вы

обсуждали это со своим терапевтом. Вам может помочь дополнительная помощь или поддержка, чтобы снизить или прекратить употребление психоактивных веществ. Мы просим людей, практикующих ПЭ, не употреблять субстанции до, во время или после терапевтических сессий или выполнения домашних заданий на экспозицию.

Жизнь или работа в условиях повышенного риска

Резонно спросить, будет ли ПЭ эффективна для тех, кто живет в очень опасном районе или имеет опасную работу, которая сопряжена со значительным риском для жизни. К сожалению, примеров этому немало: человек, живущий под угрозой террористических актов или в стране, охваченной войной, или в бедном и небезопасном районе, где распространена продажа наркотиков, или морской пехотинец действующей части, которого скоро отправят за границу для прохождения службы в опасном регионе.

Может ли ПЭ помочь людям, у которых вследствие жизненных обстоятельств есть вероятность того, что они подвергнутся еще большим травмам в будущем или даже во время лечения? Наш опыт — как в США, так и за рубежом — научил нас, что часто ответом на этот вопрос будет “да”. Если у вас ПТСР, то по большей части ваш страх и избегание происходят из-за событий, которые случились с вами в прошлом. Хотя этот страх может быть вызван угрозой в настоящем, как правило, верно и обратное: наличие ПТСР повышает ваш страх перед насилием в повседневной жизни. Данное расстройство заставляет людей переживать сильный страх в их настоящей жизни. Вы и ваш терапевт можете спланировать ваши упражнения на экспозицию *in vivo* так, чтобы они помогли вашему выздоровлению и не представляли для вас большой опасности. Мы думаем, что когда связанные с прошлой травмой симптомы ПТСР будут снижаться, у вас появится больше возможностей решать, как более

комфортно проживать свою жизнь с учетом возможного противостояния повседневными стрессами и опасностями.

Таким образом, большинство людей с ПТСР (даже с неполным диагнозом, но с тяжелыми, клинически значимыми симптомами ПТСР) после всех типов травм, которые имеют четкое воспоминание о своих травматических переживаниях, являются потенциальными кандидатами для ПЭ. Другие проблемы, а также ряд жизненных трудностей (например, безработица, финансовые трудности, хронические проблемы со здоровьем, в семье и в отношениях, социальная изоляция и т.д.), чрезвычайно характерны для людей с хроническим ПТСР. Вы можете страдать от некоторых из них. В общем, если кроме ПТСР у вас есть расстройство, представляющее опасность для жизни или иным образом вызывающее серьезные проблемы, мы рекомендуем в первую очередь заняться им, прежде чем вы приступите к ПЭ. Но если посттравматическое стрессовое расстройство вызывает сильные страдания и мешает вашей жизни, более полезным будет сосредоточиться на ПЭ, а появившиеся в результате лечения улучшения могут помочь вам более эффективно справляться и с другими важными проблемами. Если вы не знаете, к чему приступить в первую очередь, обсудите это со своим терапевтом.

Повышение терапевтической мотивации

Людям, страдающим от ПТСР, трудно противостоять избегаемым и пугающим воспоминаниям и напоминаниям о травматических переживаниях. Частота случаев досрочного прерывания экспозиционной терапии аналогична частоте случаев досрочного прерывания других активных форм КПТ для ПТСР, когда 20–30 % клиентов бросают лечение. Избегание является частью посттравматического стрессового расстройства, и люди часто борются с побуждениями к избеганию на протяжении всей терапии. Вы также можете пе-

реживать это, и ваш терапевт будет понимать и даже ожидать этого. Скорее всего, он обсудит это с вами и поможет вам преодолеть трудности с избеганием, когда они будут появляться.

Если вы обнаружите, что сомневаетесь, стоит ли лечить вашу травму и пробовать восстановиться от ПТСР, и не уверены, хотите ли пройти эту программу сейчас, мы думаем, вам будет полезно ответить на несколько важных вопросов.

1. В каких областях вашей жизни вы заметили ухудшение или были чем-то неудовлетворительны после травмы?
2. Каковы потенциальные преимущества или положительные изменения, к которым может привести снижение симптомов ПТСР?
3. Каковы могут быть препятствия для успешной терапии (например, трудности с посещением терапевтических сессий, свободным временем для выполнения домашнего задания или уединением для прослушивания записи)?
4. Что нужно сделать, чтобы помочь себе обрести терапевтическую мотивацию или позволить себе приступить к ней прямо сейчас?

Если травма произошла достаточно недавно, чтобы вы могли сравнить свою жизнь до и после нее, подумайте о том, как ПТСР управляет вашей нынешней жизнью. Какими вещами вы привыкли наслаждаться и не можете больше этого себе позволить, или заниматься этим без выраженной тревоги или других болезненных чувств? Вот несколько других полезных вопросов, над которыми стоит задуматься.

- ❖ Имеется ли то, что ваши друзья или другие люди могут делать, а вы сейчас нет?
- ❖ Что бы вы хотели изменить в своей жизни сейчас? Что бы вы хотели сделать по окончании терапии или через полгода?

- ♦ Пытались ли вы получить помощь по этой проблеме в прошлом? Как она выглядела? Помогла ли она вам? Если нет, то почему? Что помешало вам? Если вы не завершили лечение, то почему приняли решение его бросить?
- ♦ Некоторые люди, проходящие ПЭ, вначале чувствуют себя хуже, а лишь потом лучше, и их симптомы могут усилиться, прежде чем пойти на спад. Принимая во внимание то, что вы знаете о себе, если это произойдет, как вы будете с этим справляться? Есть ли что-то, что ваш психотерапевт может сделать, чтобы помочь вам перетерпеть это временное ухудшение?
- ♦ ПЭ требует времени и усилий. Домашние задания являются важной составляющей этого процесса. Есть ли что-то, что может помешать вам их выполнению?
- ♦ Иногда некоторые аспекты жизни людей меняются к *лучшему* после травмы. Так ли это с вами, и, если да, то что, по вашему представлению, вы получили благодаря травме? Как восстановление от ПТСР заставит вас отказаться от связанных с травмой выгод?
- ♦ Несмотря на то, что ПЭ на самом деле часто эффективно помогает людям вернуться к прошлой жизни, лечение может быть стрессовым и продолжительным. Будете ли тратить свои усилия и время на терапию? Что произойдет в вашей жизни, если вы не будете работать над этими проблемами?

Наконец, некоторые люди, рассматривающие ПЭ как возможный вариант, беспокоятся о том, как их терапевт справится с их подробными описаниями травматического события. Они беспокоятся о психотерапевте и его реакции на то, что они будут рассказывать. Хотя такая забота ценна, она не способствует лечению. Пожалуйста, будьте уверены, что ваш терапевт может справиться со всем, что вы должны будете рассказывать. Он находится здесь, чтобы помо-

гать вам. Хотя временами ПЭ будет сложной задачей для вас и вашего терапевта, она также и вознаградит вас обоих. У нас были клиенты, которые возвращались к прошлой жизни после терапии и говорили нам, что чувствуют себя такими же людьми, которыми были до травмы, и что они не предполагали, что такое возможно. ПЭ позволила нам быть свидетелями стойкости человеческого духа. Желаем вам того же самого!

Цели

- ❖ Ознакомиться с общей терапевтической программой и применяемыми процедурами
- ❖ Пройти интервью о травме с вашим терапевтом
- ❖ Ознакомиться с техникой переобучения дыханию и обучиться релаксирующему дыханию
- ❖ Узнать, как будет осуществляться запись сессии, и научиться выполнять домашние задания

Общее представление о терапевтической программе и процедурах

Как уже говорилось в главе 1, основными методами этой терапевтической программы являются *имагинальная экспозиция* и экспозиция *in vivo*. С вашим терапевтом вы обсудите, в чем важность для вас этой терапии и как она будет применяться к вам, вашим конкретным симптомам и связанным с травмой проблемам. У вас будет возможность задать вопросы и убедиться, что вы понимаете, почему вас просят пересматривать ваши болезненные воспоминания о травматическом переживании, и как можно сделать это эффективно, чтобы эти воспоминания были гораздо менее болезненными или вовсе безболезненными.

Некоторые люди, пережившие травматические переживания, говорят нам, что пытались и не смогли столкнуться со своими связанными с травмой воспоминаниями и страхами, или что они столкнулись с ними, но их тревога не снизилась. Некоторые просто не могут представить, как занимаются теми вещами, которых они избегали, или, что они будут достаточно сильными, чтобы описать и передать свои травматические воспоминания. Появляются ли у вас такие мысли? Если да, то поделитесь ими со своим терапевтом; он не удивится, услышав о них. На этой сессии вы и ваш терапевт обсудите, что эта терапия будет значить для вас и ваших проблем, и как она будет отличаться от того, как вы подходили к своим воспоминаниям в прошлом. См. *Раздаточный материал 3.1: Обоснование пролонгированной экспозиции*.

Как правило, данная терапевтическая программа состоит из 8–15 сессий, продолжительностью по 90 минут каждая. В ходе нее вы будете встречаться один-два раза в неделю с вашим терапевтом, поэтому лечение завершится примерно через два-четыре месяца. По ходу этой программы вы сосредоточитесь на своем дистрессе и избегании, а также на том, как пытаетесь совладать со своими переживаниями. Хотя зачастую посттравматические реакции со временем снижаются, некоторые из этих симптомов продолжают вызывать дистресс. Для вашего восстановления важно понять, чем поддерживаются посттравматические проблемы.

Основным фактором, поддерживающим ваши связанные с травмой проблемы, является избегание ситуаций, воспоминаний, мыслей и чувств, относящихся к вашим травматическим переживаниям. Есть два способа, которыми люди избегают иметь дело с напоминаниями о травме. С помощью первого вы пытаетесь оттолкнуть образы, мысли и чувства, связанные с травмой. С помощью второго вы пытаетесь избегать ситуаций, мест, людей и действий, которые вызывают дистресс и страх, потому что они похожи на травматическую ситуацию или являются напоминанием о ней. Однако если

стратегия избегания связанных с травмой мыслей и ситуаций помогает в краткосрочной перспективе, на самом деле она продлевает посттравматические реакции и препятствует преодолению связанных с травмой проблем. Можете ли вы перечислить вещи, которых избегаете после травмы? Вам будет полезно записать их и обговорить с вашим терапевтом.

Поскольку избегание мыслей о травме и ситуаций, напоминающих вам о ней, поддерживает ваше посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), *продолжительная экспозиция (ПЭ)* побуждает вас сталкиваться со связанными с травмой мыслями и ситуациями, чтобы справляться с ними. Лечение включает в себя два типа приближения к дистрессовым ситуациям и мыслям, или их экспозиции. Первый — *имагинальная экспозиция*, которая предусматривает пересмотр травматического переживания и пересказ его вслух. Цель имажинальной экспозиции — помочь вам обработать травматическое воспоминание путем повторяющегося столкновения с ним по ходу терапевтических сессий. Мы обнаружили, что повторяющаяся и длительная (до 45 минут) имажинальная экспозиция травматического воспоминания довольно эффективно снижает связанные с травмой симптомы и помогает вам думать о ней по-другому.

Второй тип воздействия называется *экспозицией in vivo*, что означает приближение “в реальной жизни”. Здесь мы попросим вас постепенно приближаться к безопасным ситуациям или ситуациям с малой степенью опасности, которых вы избегали, поскольку они прямо или косвенно напоминают вам о травме (например, управлять автомобилем, гулять в безопасном месте или разжигать огонь в камине). Экспозиция *in vivo* крайне эффективна для снижения чрезмерных страхов и избегания после травмы. Если вы избегаете связанных с травмой ситуаций, которые объективно безопасны или малоопасны, вы не оставляете себе возможности преодолеть свой страх перед этими ситуациями. Это потому, что пока вы не столкнетесь с этими ситуациями,

вы будете продолжать считать, что они опасны, и поэтому ваша тревога в этих ситуациях останется с вами навсегда. Однако если вы будете сталкиваться с ними постепенно и систематически, то обнаружите, что они не представляют реальной опасности, и ваша тревога снизится после повторяющихся, пролонгированных столкновений. Понятна ли для вас идея экспозиции?

Вторым фактором, поддерживающим ваши посттравматические реакции, является *присутствие бесполезных, тревожных ощущений, мыслей и убеждений*. Эти тревожные ощущения и убеждения могут быть о мире в целом, других людях, вас самих или вашей реакции на травму. В результате травмы многие люди принимают идею, что мир чрезвычайно опасен. Следовательно, даже объективно безопасные ситуации считаются опасными. Также сразу после травмы многие люди принимают точку зрения, что они некомпетентны и не в состоянии справиться даже с простыми ежедневными стрессорами. Пережившие травму могут обвинять себя в ней и подавлять себя, потому что не могут совладать с ней. Возобновление привычной активности без избегания напоминаний о травме помогает пережившему ее человеку понять, что, в целом, мир безопасен, а он сам компетентен. Тем не менее, из-за избегания напоминаний о травме и развития ПТСР пережившие травму часто продолжают рассматривать мир как чрезвычайно опасный, а себя как чрезвычайно некомпетентных и не способных с ним совладать. Звучит знакомо? Чувствуете ли вы себя подобным образом?

Как эти чрезмерно негативные и нереалистичные мысли и убеждения о мире и о себе поддерживают ваши посттравматические реакции? Если вы считаете, что мир опасен, то будете избегать даже безопасных ситуаций. Точно так же, если вы считаете, что травма является вашей ошибкой, вы будете обвинять себя и чувствовать себя некомпетентным, и это мешает вашему возвращению к привычной жизни. Точно так же, если вы считаете, что переживаете вспышки

воспоминаний, или флешбэки — признак того, что вы теряете контроль, — вы можете изо всех сил стараться выбросить из памяти эти травматические воспоминания. Тем не менее, чем больше вы стараетесь оттолкнуть от себя эти воспоминания, тем настойчивее они будут вторгаться в ваше сознание, и тем меньше у вас будет контроля над ними.

Эти тревожные мысли и убеждения могут быть запущены во время повторяющейся имажинальной экспозиции и экспозиции *in vivo*. Но пересмотр и пересказ травматического события даст вам возможность получить новый, более реалистичный взгляд на то, что произошло, и что это значит для вас сейчас. Мы постараемся осмыслить ужасающую ситуацию, чтобы помочь вам думать о ней полезным способом.

Вы будете очень много работать вместе со своим терапевтом следующие несколько недель, чтобы помочь себе наладить свою жизнь. Ваша работа будет интенсивной, и вы можете обнаружить, что испытываете дискомфорт, когда сталкиваетесь с вещами, которые напоминают вам о вашей травме. Ваш терапевт будет доступен и между сессиями, если вы почувствуете, что это будет полезно для вас.

Сбор информации

В этой точке сессии ваш терапевт проведет с вами Интервью о травме, чтобы собрать общую информацию о ваших текущих проблемах и жизнедеятельности, травматическом переживании или переживаниях, вашем физическом и психическом здоровье после травмы, вашей социальной поддержке и употреблении алкоголя и наркотиков.

Мы понимаем, что отвечать на конкретные и прямые вопросы о травматическом переживании и ваших реакциях на травму может быть трудно для вас. Тем не менее, это важный шаг на пути терапевтического успеха, потому что для

насыщения тела кислородом на старте и продолжающего глубоко дышать во время забега. Гипервентиляция также порождает телесные реакции, которые напоминают страх. Эти телесные реакции, в свою очередь, могут заставить нас бояться еще больше. Что нам действительно нужно сделать, так это замедлить свое дыхание и вдыхать меньше воздуха.

Вы сделаете нормальный вдох и очень медленный выдох, произнося слова “релакс” или “расслабься”. Затем вы сделаете паузу и сосчитаете до трех или четырех, прежде чем сделаете второй вдох. Повторите всю дыхательную последовательность 10–15 раз. Ваш терапевт может сделать запись своего голоса, когда управляет вами при выполнении этого дыхательного упражнения, чтобы вы слушали ее в качестве домашнего задания. Пожалуйста, внимательно изучите эту технику (*Раздаточный материал 3.2: Техника переобучения дыхания*). Вы должны практиковать ее дважды в день в течение 10 минут, чтобы помочь себе расслабиться или заснуть ночью.

Прослушивание записей сессий

Все ваши сессии будут записываться, и ваш терапевт попросит вас прослушивать записи как часть вашего домашнего задания между сессиями. Многие люди считают это полезным опытом. Это даст вам возможность обдумать и обработать полученную информацию, чтобы потом обсудить ее с терапевтом. Часто это очень помогает, так как мы иначе обрабатываем информацию, когда не вовлечены активно в разговор и слушаем его позже. Через несколько недель, когда вы начнете пересматривать и пересказывать свое травматическое воспоминание во время сессии, имажинальная экспозиция будет записываться отдельно, и ваш терапевт попросит прослушивать дома ее записи. Для записи сессий ПЭ можно использовать цифровое звукозаписываю-

48 Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции: ...

щее устройство, и многие делают это на своих смартфонах. Бесплатное приложение ПЭ-коуч также можно использовать для этих записей.

Домашнее задание

- ♦ Практикуйте технику переобучения дыхания дважды в день (см. *Раздаточный материал 3.2*).
- ♦ Прослушайте один раз запись этой сессии.
- ♦ Прочитайте *Раздаточный материал 3.1: Обоснование пролонгированной экспозиции*. Вы можете поделиться информацией с близкими вам людьми, если думаете, что это поможет им понять, через что вы проходите.

Раздаточный материал 3.1

Обоснование пролонгированной экспозиции

Ваша терапевтическая программа называется *пролонгированной экспозицией* (ПЭ). В данном случае экспозиция означает столкновение с мыслями, чувствами или ситуациями, которых обычно избегают, потому что они являются триггерами дистресса. Эта программа состоит из двух основных частей.

Первая — это *имагинальная экспозиция*, при которой вы повторно пересматриваете воспоминание о травме в своем воображении. Вторая часть — это *экспозиция in vivo*, которая предусматривает столкновение с безопасными ситуациями или ситуациями с низким уровнем риска, которых вы избегали после своей травмы. Многие пережившие травму люди стараются избегать мыслей и чувств, связанных с этим событием. Точно так же многие люди избегают ситуаций, мест и действий, которые напоминают им о травме или просто пугают. Тем не менее, хотя избегание может заставить вас чувствовать себя более комфортно в краткосрочной перспективе, оно может усугубить проблему в долгосрочной перспективе, поскольку препятствует преодолению страхов. Имагинальная экспозиция и экспозиция *in vivo* решают эти проблемы и работают аналогичным образом.

Как работает экспозиция? Когда вы систематически при относительно безопасных обстоятельствах сталкиваетесь с пугающими вас воспоминаниями или ситуациями, происходит следующее.

1. Пересмотр травматического воспоминания помогает вам его эмоционально обработать и осмыслить.
2. Вы узнаете, что мысли о травматическом переживании не опасны, и что не опасно расстраиваться или испытывать тревогу.

3. Вы начинаете меньше бояться других ситуаций, которые напоминают вам о вашей травме.
4. Вы узнаете, что можете справиться со своим дистрессом, и чувствуете себя лучше.
5. Наконец, вы узнаете, что когда постоянно сталкиваетесь с воспоминаниями или ситуациями, которых ранее избегали, страх и дистресс постепенно снижаются. Другими словами, вам снова становится относительно комфортно в таких ситуациях. Мы называем это *габитуацией*, которая является процессом снижения тревоги, происходящим самим по себе. Если вы сможете продержаться и оставаться в пугающей, но безопасной ситуации достаточно долгое время и возвращаться к ней довольно часто, то просто станете менее бояться этой ситуации. В некотором смысле, это похоже на возвращение к езде на велосипеде после падения. Если вы отказываетесь попробовать снова, то со временем будете все более и более бояться езды на велосипеде. Но если вы вновь сядете на велосипед, несмотря на свой страх, то будете все меньше и меньше бояться, пока страх не снизится.

Габитуация работает и с пугающими воспоминаниями. Когда вы позволяете себе погрузиться в травматические воспоминания, а не избегать их, это дает вам возможность вспоминать травму с меньшим дистрессом, и вы узнаете, что воспоминания не опасны. Имагинальная экспозиция болезненных воспоминаний (т.е., пересмотр травмы в воображении) позволяет вам получить контроль над ними, чтобы они реже всплывали тогда, когда вы этого не хотите. Флешбэки, кошмары и навязчивые мысли, которые часто переживают многие жертвы травмы, с меньшей вероятностью возникают после неоднократного пересмотра травматического воспоминания, а если и возникают, то меньше расстраивают.

После травмы представления людей о себе и о мире могут коренным образом измениться. Вы можете считать опасными ситуациями те, которые до травмы не беспокоили вас вообще. Вы можете обнаружить, что ваше отношение к людям и миру в целом стало более негативным, чем было раньше, или что ваша самооценка снизилась. Во многом эти изменения отражают связанные с травмой изменения в вашем мышлении. Иногда даже посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) может подтолкнуть вас к негативным мыслям и чувствам о себе. Так как то, что вы думаете о себе, мире и других людях, влияет на то, что вы чувствуете, полезно обратить внимание на то, как травматическое переживание сформировало ваши мысли и убеждения. Поэтому по мере терапевтического прогресса вы будете обсуждать с вашим терапевтом то, что вы думаете о травме, о себе, других людях и ситуациях в вашей жизни. Иногда вы будете исследовать связанные с травмой изменения в вашем мышлении и увидите, как такие изменения влияют на ваши чувства и помогают ли они вам.

Поначалу имажинальная экспозиция и экспозиции *in vivo* могут показаться трудными, и многие пережившие травму боятся погрузиться в них. Но со временем вы обнаружите, что это лечение бросает вызов вашим проблемам и заставляет вас чувствовать себя хорошо. Поздравляем! Вы сделали решительный первый шаг к тому, чтобы вернуть себе контроль над своей жизнью! Вы не пожалеете об этом!

Цели

- ❖ Научиться проверять домашнее задание
- ❖ Узнать об общих реакциях на травму
- ❖ Рассмотреть обоснование экспозиционной терапии, особенно экспозиции *in vivo*
- ❖ Ознакомиться со Шкалой субъективного дистресса (SUDs)
- ❖ Построить свою иерархию экспозиций *in vivo*
- ❖ Выбрать экспозиции *in vivo* для домашнего задания

Обзор

На сессии 2 вы и ваш терапевт обсудите общие реакции людей на пережитое ими травматическое событие, а также лично ваше переживание этих реакций. Ваш терапевт объяснит вам, почему экспозиция *in vivo* помогает, и вместе с ним вы будете работать над составлением списка безопасных или малоопасных ситуаций, которых избегали, и с которыми вам важно столкнуться снова. После этой сессии вы начнете практиковать экспозицию *in vivo*. В реальной жизни (*in vivo*) вы будете приближаться к ситуациям, которых избегали или старались выйти из них как можно быстрее. Большинство из вас будут практиковать экспозиции *in vivo* между сессиями в качестве домашних заданий. Однако ино-

гда ваша экспозиция *in vivo* может включать ситуации, которые можно практиковать во время терапевтической сессии, например, приветствие или зрительный контакт с людьми, лежание на спине с закрытыми глазами, пребывание в комнате ожидания с незнакомыми людьми или спиной к двери, сидение за столом в кафетерии в одиночестве или спиной к другим посетителям, и т.д. Если это окажется полезным, такие ситуации могут стать первыми, которые вы будете практиковать на сессиях с вашим терапевтом.

Проверка домашнего задания

В начале сессии 2 вы и ваш терапевт обсудите, как вы себя чувствовали на прошлой неделе и о ваших реакциях на сессию 1. Если до начала сессии вы заполнили опросники, ваш терапевт просмотрит их, чтобы увидеть, в каком состоянии были ваше настроение и симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в течение последней недели.

Обсуждение общих реакций на травму

Это обсуждение преследует несколько целей:

- ♦ помочь вам поделиться своими переживаниями симптомов ПТСР и связанных с ним проблем и получить информацию об этих реакциях;
- ♦ помочь вам понять свои симптомы и реакции, поместив их в контекст ситуации;
- ♦ обнадежить вас, помогая понять, что многие из ваших проблем непосредственно связаны с посттравматическим стрессовым расстройством, и поэтому снизятся после его лечения;

- ♦ помочь вам понять, что ваш терапевт понимает вас и ваши симптомы и, следовательно, знает, как вам помочь.

Вы проведете большую часть этой сессии, обсуждая с вашим терапевтом эти реакции на травму. В качестве домашнего задания прочтите *Раздаточный материал 4.3: Общие реакции на травму*.

Экспозиция in vivo

На сессии 1 вы с вашим терапевтом говорили о столкновении с воспоминаниями о вашем травматическом переживании посредством имажинальной экспозиции (в воображении) и экспозиции in vivo (в реальной жизни), и о том, почему они полезны в лечении имеющихся у вас симптомов. На этой сессии вы с вашим терапевтом рассмотрите целесообразность экспозиции in vivo и поговорите о том, как столкновение с ситуациями, которых вы избегали, поможет вам преодолеть посттравматическое стрессовое расстройство. Затем вы начнете составлять список ситуаций, которых вы избегали, что будет полезно для выполнения вами упражнений на экспозицию in vivo.

Помните, что для людей обычно избегать воспоминаний, ситуаций, мыслей и чувств, которые являются болезненными и расстраивающими. Это избегание неприятных переживаний может заставить вас почувствовать себя лучше в краткосрочной перспективе, но в долгосрочной избегание просто подпитывает посттравматические реакции и не дает вам восстановиться от ПТСР.

Есть несколько способов, которыми экспозиция in vivo может помочь вам преодолеть симптомы ПТСР.

1. У вас выработалась привычка снижать тревогу, избегая ситуаций, которые вызывают у вас беспокойство

или страх. Например, вы находитесь дома, и выясняете, что у вас закончилось молоко. Вы говорите себе: “Нет смысла ждать, пока мой муж вернется с работы. Я должна сама пойти в супермаркет”. Размышляя над этим, вы начинаете испытывать все возрастающую тревогу. Тогда вы говорите себе: “Я могу подождать, пока мой муж придет домой и купит молоко”. Сразу после того, вы принимаете решение не ходить в магазин, ваша тревога снижается и вы чувствуете себя лучше. Каждый раз, когда вы снижаете свою тревогу избеганием, привычка избегать становится все сильнее и сильнее. Экспозиция *in vivo*, т.е. систематическое столкновение с опасными ситуациями, которых вы избегаете, поможет вам преодолеть свою привычку снижать тревогу избеганием.

2. Когда вы снова и снова сталкиваетесь с ситуациями, которых избегали, думая, что они опасны или что вы с ними не справитесь, и в результате обнаруживаете, что ничего плохого не произошло, вы понимаете, что на самом деле эти ситуации безопасны, и вам не нужно их избегать. Однако если вы продолжаете их избегать, вы будете и дальше верить, что эти ситуации на самом деле опасны или что вы не можете иметь с ними дело, и станете и дальше избегать их. Таким образом, экспозиция *in vivo* помогает вам отличить ситуации, которые на самом деле могут быть опасными или рискованными, от тех, которые на самом деле безопасны. Если вы чувствовали себя хорошо раньше, отправляясь одна в продуктовый магазин, то и сейчас наверняка тоже все будет в порядке.
3. Многие люди с ПТСР считают, что, если они останутся в ситуации, которая вызывает у них тревогу, их тревога будет поддерживаться или даже усилится. Тем не менее, на самом деле, если вы остаетесь в ситуации достаточно долго, то обнаружите, что ваша тревога

снижается. Этот процесс называется *габитуацией*. В результате этого процесса ваши симптомы будут снижаться.

4. Если вы будете сталкиваться с опасными ситуациями и преодолевать свои страхи, это повысит вашу самооценку и заставит почувствовать себя в целом более уверенно, потому что вы будете знать, что можете успешно справляться со своими проблемами. Вы начнете делать то, что вам нравилось делать раньше, и чем вы перестали заниматься из-за вашего ПТСР. Ваша уверенность возрастет, вы начнете наслаждаться жизнью и расширите свою активность.

По всем этим причинам мы просим вас систематически сталкиваться с относительно безопасными ситуациями, которых вы сейчас избегаете, начиная с более легких и — далее по возрастающей — к более тяжелым. Естественно, мы не предлагаем вам сталкиваться с опасными ситуациями. Цель состоит не в том, чтобы вы смогли рассматривать опасные ситуации как безопасные, а, скорее, в том, чтобы вы прекратили избегать ситуаций, которые на самом деле малоопасны или безопасны. Большинство или все ситуации, с которыми я буду просить вас столкнуться, являются нормальными, такими, к которым вы привыкли ранее, и которые большинству людей кажутся безопасными. Целью этой части терапии является заставить ПТСР прекратить диктовать вам, что делать, куда идти и когда что-то делать. Чтобы помочь вам перестать избегать ситуаций и людей, от которых вы когда-то получали удовольствие или которые когда-то были важными для вас, мы собираемся вместе с вами составить список ситуаций, которых вы избегали с момента развития у вас ПТСР. Ваш терапевт захочет узнать у вас, какой уровень стресса или дискомфорта будут вызывать эти ситуации, когда вы станете не избегать их, а сталкиваться с ними.

Экспозиция in vivo: пример 1

Вот пример, показывающий, как работает экспозиция in vivo.

- ♦ *Маленький мальчик с матерью сидел на пляже, на берегу океана, когда неожиданно их с головой накрыла большая волна. Ребенок очень сильно испугался, заплакал и сказал, что хочет домой. На следующий день, когда пришло время идти на пляж, маленький мальчик плакал и отказывался идти. Он продолжал говорить: "Нет, нет. Вода придет ко мне". Чтобы помочь ему преодолеть страх перед водой, мать брала его на прогулку на пляж в последующие несколько дней. Она держала его за руку и помогала постепенно приближаться к воде. К концу недели мальчик смог заходить в воду один. С помощью терпения, практики, поощрений и постепенной экспозиции его страх перед водой снизился.*

Экспозиция in vivo: пример 2

Вот еще один пример, иллюстрирующий экспозицию in vivo.

- ♦ *Водитель такси, который жил в Нью-Йорке, боялся переезжать через мосты. Этот страх стал причиной серьезных проблем в его работе, так как он не мог перевозить людей через мосты. Каждый раз, когда ему надо было пересечь мост, он делал вид, что с такси что-то случилось, и вызывал другое такси, которое должно было забрать его пассажиров. С помощью терапевта водитель такси практиковал езду по мостам каждый день, начиная с коротких и постепенно переходя ко все более длинным мостам. Через неделю, когда его терапевт следовал за ним на другой машине, он смог сам пересечь мост.*

К концу второй недели, после повторных упражнений, он смог самостоятельно переезжать небольшие мосты.

Надеемся, что эти примеры помогли вам понять, как систематическое столкновение с ситуацией, которую вы избегали, поможет снизить ваш уровень дискомфорта. Поскольку вы пережили травматическое событие, вам может потребоваться больше времени, чтобы противостоять страхам, связанным с вашим переживанием. Но со временем, практикой и вашей смелостью, вы сможете сталкиваться с тем, что сейчас вызывает у вас страх.

Некоторые люди рассказывают, что время от времени сталкиваются с избегаемыми ситуациями, но им вовсе не становится лучше. Важно различать случайную, кратковременную, и *терапевтическую* (преднамеренную, систематическую, повторяющуюся и пролонгированную) экспозицию избегаемых ситуаций. Если вы будете противостоять вашим страхам тщательно, систематически и достаточно продолжительно, вы преодолете их. Однако однократное и кратковременное столкновение с ситуацией и выход из нее, когда вы все еще очень расстроены, не даст вам возможности узнать, что ситуация не опасна и что ваша тревога не будет длиться вечно. Если в прошлом вы пытались сталкиваться с избегаемыми ситуациями, но это не принесло пользы, пожалуйста, поговорите об этом с вашим терапевтом, чтобы вместе вы могли выяснить, что пошло не так, и как сделать на этот раз по-другому. Мы хотим, чтобы вы подвергали себя терапевтической экспозиции, а экспозиция, которая оставляет вас таким же испуганным, не является таковой. Экспозиция, которая поможет вам снизить ваш дистресс, как у маленького мальчика или таксиста в предыдущих примерах, *является* терапевтической. С вашим терапевтом вы составите список терапевтических экспозиций, чтобы их практиковать.

Знакомство со Шкалой субъективного дистресса

Чтобы выяснить, какой дискомфорт или дистресс вызывают у вас определенные ситуации, вы с вашим терапевтом будете использовать Шкалу субъективного дистресса (SUDS), которая предусматривает оценки от 0 до 100 субъективных значений (СЗ). Оценка 100 СЗ означает, что вы чрезвычайно расстроены, больше, чем когда-либо в своей жизни, а оценка 0 СЗ означает отсутствие дискомфорта вообще или полное расслабление. Обычно, когда люди сообщают, что у них 100 СЗ, они могут испытывать такие физические реакции, как потение ладоней, сердцебиение, затрудненное дыхание, головокружение и тревогу. Таким образом, оценка 100 СЗ указывают на крайний дистресс или тревогу. Но из-за того, что люди разные, то, что заставляет одного человека чувствовать 100 СЗ, для другого может вообще не быть проблемой. Вот почему мы называем это шкалой *субъективного* дистресса. Например, представьте, что мы с вами стоим возле глубокого бассейна, и кто-то толкает нас в воду. Если я не умею плавать, я немедленно испытаю дистресс на уровне 100 СЗ. Но если вы умеете плавать и не боитесь глубины, то можете вообще не испытывать дистресс (0 СЗ).

Чтобы данная шкала соответствовала вам и вашим страхам, вы со своим терапевтом должны выяснить, какие ситуации представляют разные уровни дискомфорта на этой шкале. Вам может помочь следующий пример человека с ПТСР:

- 0 СЗ — смотреть телевизор, лежа в постели; очень расслабленное состояние;
- 25 СЗ — ехать на автобусе по городу;
- 50 СЗ — допустить ошибку на работе и быть вызванным к боссу для объяснений;
- 75 СЗ — быть остановленным полицейским;
- 100 СЗ — чувствовать себя как в наихудший момент травмы.

Вы и ваш терапевт будете оценивать значения субъективного дистресса, чтобы отслеживать ваш прогресс во время имажинальных экспозиций и экспозиций *in vivo*.

Построение иерархии экспозиций *in vivo*

Ваш терапевт попросит вас привести конкретные примеры ситуаций, людей и мест, которых вы избегаете вследствие пережитого вами травматического события. Некоторые из них вы можете рассматривать как “привычки”, а не как избегание. См. рис. 4.1–4.3 далее в этой главе, где приведены примеры иерархий клиентов с различными целевыми травмами.

Вы и ваш терапевт запишите некоторые ситуации, которых вы избегаете, и оцените значения субъективного дистресса по ходу сессии. Вам будет предложено взять этот список с собой домой и добавить к нему любые другие ситуации, о которых вы думаете, а также оценить, какой уровень тревоги и стресса вы испытываете в этих ситуациях, используя Шкалу субъективного дистресса.

Важно, чтобы ситуации были легко доступны для постоянной практики, как, например, поход в супермаркет или прогулка в людном месте. Экспозиции, которые требуют трехчасовой езды только в одну сторону, могут быть оправданы по важным причинам, но их вряд ли можно осуществить более одного раза за весь курс. Ситуации также должны быть конкретными, а не общими. Например, “выйти на людную улицу” или “сходить в супермаркет” — недостаточно конкретные задания. Важно попросить клиента указать конкретную улицу или конкретный супермаркет и определенное время, потому что разные улицы, супермаркеты и время суток могут быть связаны с разными уровнями дискомфорта. Кроме того, поход в супермаркет с другом может вызывать меньшую тревогу, чем в одиночку.

Существует три типа ситуаций, которых обычно избегают люди с ПТСР, и все их нужно учитывать при построении иерархии *in vivo*.

1. Ситуации, которые вы считаете опасными не потому, что они объективно могут нанести вам вред, а потому, что воспринимаете мир как очень опасное место. Примеры включают прогулки в одиночестве в безопасных местах после наступления темноты, посещение вечеринок, людных собраний и парковок.
2. Ситуации, которые напоминают о травматическом событии, например, когда вы одеваете же или похожую одежду, вдыхаете те же запахи, слушаете музыку, которая звучала во время травмы, или смотрите новости по телевизору и боитесь услышать о случае, похожем на ваш собственный. Вы избегаете такого рода ситуаций не потому, что воспринимаете их как опасные, а потому что они вызывают воспоминания о травматическом событии, которые, в свою очередь, могут вызвать стресс, страх, стыд или чувство беспомощности. Такие ситуации зачастую объективно безопасны, несмотря на уровень стресса или тревоги, которые они вызывают.
3. Ситуации, занятия и действия, избегаемые вами не потому, что они вызывают беспокойство или стресс, но потому, что вы потеряли к ним интерес после травмы. К ним относятся спорт, физическая активность, посещение клубов, хобби и дружеские отношения; посещение культовых сооружений и религиозных собраний, посещение друзей или прием гостей, — занятие любыми видами деятельности, которыми вы имели обыкновение наслаждаться, но перестали это делать. Такая поведенческая активность в любом случае должна быть добавлена в список экспозиций *in vivo*, особенно если вы находитесь в депрессии, со-

циально изолированы или неактивны, чтобы помочь вам восстановить связь с другими людьми и с миром, даже если отсутствие всего этого не вызывает у вас беспокойства или других негативных эмоций.

Чтобы выстроить свою иерархию, составьте список всех ситуаций, которых вы избегаете или которые вызывают у вас дискомфорт, с помощью *Раздаточного материала 4.4: Иерархия экспозиций in vivo*.

Список типично избегаемых ситуаций у переживших травму

Типичные примеры болезненных ситуаций, приводящих к избеганию у переживших травму:

1. В случае изнасилования: находиться в присутствии незнакомых людей, особенно той же расы или физических характеристик, что и у насильника.
2. Находиться очень близко к другому человеку или когда другой человек внезапно приближается.
3. Прикосновение другого человека (особенно незнакомца).
4. Участие в деятельности, аналогичной травматической ситуации (например, для выживших в автомобильной аварии — вождение или езда на автомобиле).
5. Ходить по улице или находиться на открытой местности.
6. Находиться одному дома (днем или ночью).
7. Идти куда-то одному ночью.
8. Находиться в переполненном торговом центре или магазине.
9. Говорить с незнакомцами.

64 Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции: ...

10. Управлять автомобилем или останавливаться на светофоре.
11. Находиться на автомобильной парковке.
12. Находиться в лифтах или в небольших ограниченных помещениях.
13. Читать о подобном событии в газете, смотреть сюжет о нем по телевизору или узнать о нем из социальных сетей.
14. Говорить с кем-то о травме.
15. Смотреть фильмы, напоминающие о травме (например, боевики со сценами насилия).
16. Посещение места, где произошло травматическое событие.
17. Езда на общественном транспорте.
18. Объятия и поцелуи близких людей.
19. Сексуальный или физический контакт.
20. Слушать песню, которая звучала в момент травматического события или примерно в одно с ним время.
21. Читать новости в газете, смотреть их по телевизору или узнавать в социальных сетях.
22. Наносить макияж или выглядеть привлекательно.
23. Смотреть фильмы или передачи, в которых присутствует насилие.
24. Находиться в театре, особенно, если сидеть не с краю, а в середине ряда.
25. Посещать спортивную группу.
26. Смотреть на фейерверк и особенно слушать его звуки.
27. Управлять автомобилем, в котором присутствуют незнакомые люди, и видеть на обочине дороги кучи непонятных предметов, которые, как вы опасаетесь, могут быть взрывчаткой.

28. Подъехать к стоящему автомобилю, не имея возможности его объехать.
29. Ощущать запах еды или специй, похожий на тот, который присутствовал во время травматического события.
30. Сидеть спиной к двери.

Соображения безопасности при построении иерархии экспозиций *in vivo*

Важно, чтобы ситуации, с которыми вы планируете столкнуться во время экспозиций *in vivo*, были безопасными или малоопасными. Мы не хотим, чтобы вы включали в свой список опасные ситуации, или ситуации с повышенной степенью риска. Например, мы бы не хотели, чтобы вы гуляли в одиночестве в районах, где продаются наркотики, или в парке, где регулярно совершаются преступления. Наоборот, мы хотим, чтобы вы выбирали ситуации, которые вызывают у вас дискомфорт, но на самом деле безопасны. Например, вы можете гулять в общественном парке с другим человеком или планировать прогулки в одиночестве по безопасному району города.

Домашнее задание на экспозицию *in vivo*

Экспозицию *in vivo* следует начать с ситуаций, которые вызывают умеренный уровень тревоги (например, 40–50 СЗ), но при этом вы чувствуете, что управляете ими, и постепенно переходить к наиболее тревожным ситуациям (например, 100 СЗ). Выполняя упражнение на экспозицию *in vivo*, вы должны оставаться в этой ситуации, пока ваша тревога не начнет нарастать (если это произойдет), а затем значительно уменьшаться. Важно, чтобы вы или ваше тело

не испытывали облегчение при *выходе* из ситуации экспозиции. Детали ситуаций, например, время суток и окружающие вас люди, могут быть скорректированы, чтобы получить во время экспозиции уровень тревоги, к которому вы стремитесь. Например, для Марты поход в торговый центр с матерью получил оценку 60 СЗ, а в одиночку — 85 СЗ. Хотя время, необходимое для успешного выполнения экспозиции *in vivo*, будет меняться от ситуации к ситуации или от человека к человеку, в целом вам может понадобиться 30–60 минут на экспозицию.

Модель постепенной экспозиции *in vivo* приведена в следующем разделе.

Модель постепенной экспозиции *in vivo*

Инструкции

Используйте данный пример, который поможет вам составить с вашим терапевтом домашнее задание на экспозицию *in vivo*. Для вас важно оставаться в этой ситуации в течение достаточно длительного периода времени, чтобы ваша тревога могла вырасти, а затем снизиться, или до тех пор, пока максимальная оценка значения субъективного дистресса не снизится, как минимум, на 50 % (где 0 СЗ — отсутствие дискомфорта, а 100 СЗ — уровень дискомфорта, соответствующий панике). В зависимости от вашего плана, каждый шаг может включать по одному пункту в иерархии экспозиции, или вам может понадобиться несколько шагов, чтобы проработать тот или иной пункт. Вы решите это вместе с вашим психотерапевтом и наметите конкретные пункты, над которыми вам надо будет еженедельно работать. Записывайте свои оценки значений субъективного дистресса до и после экспозиции, используя *Раздаточный материал 4.5: Форма записи домашнего задания на экспозицию *in vivo**.

Пример: поход в торговый центр

1. Коуч (поддерживающий вас друг или член семьи) идет с вами в торговый центр, и вы вместе там ходите.
2. Коуч идет с вами в торговый центр и ждет в определенном месте, пока вы ходите по нему в одиночку.
3. Коуч идет с вами в торговый центр и ждет в определенном месте, пока вы самостоятельно заходите в магазины.
4. Коуч отвозит вас в торговый центр и ждет на парковке, пока вы ходите там в одиночку.
5. Коуч отвозит вас в торговый центр и на час покидает парковку, пока вы ходите там в одиночку.
6. Вы идете в торговый центр в одиночку, а ваш коуч ждет вас с телефоном у себя дома.
7. Вы идете в торговый центр в одиночку и не говорите об этом своему коучу.

Домашнее задание на экспозицию in vivo

Мы хотим, чтобы вы помнили, что цель экспозиции in vivo состоит в том, чтобы помочь вам оставаться в ситуациях, которые напоминают о травме, не испытывая сильной тревоги, которая разрушает вашу жизнь. Эта часть программы предполагает, что вы сталкиваетесь с ситуациями, которые вызывают тревогу и одновременное желание их избегать. Чтобы это сработало, вам придется в течение длительного времени выполнять много упражнений на экспозицию, каждый раз оставаясь в ситуации, пока ваш дискомфорт не снизится примерно вдвое. Это требует усилий, времени и обязательств, но может привести к отличным результатам.

Вы и ваш психотерапевт изучите иерархию экспозиций in vivo и решите, с какими ситуациями вы будете сталкиваться при выполнении домашнего задания. Лучше опреде-

лить для этого две или более ситуации. Вы должны начать с ситуаций, которые оценили в 40–50 СЗ. К концу лечения вы должны будете неоднократно практиковать все ситуации, перечисленные в вашей иерархии.

Когда вы выполняете упражнение на экспозицию (например, в торговом центре), у вас поначалу могут возникать такие симптомы тревоги, как учащенное сердцебиение, потливость ладоней и ощущение слабости; вы можете захотеть немедленно выйти из ситуации. Но чтобы преодолеть страх, важно, чтобы вы оставались в ситуации, пока ваша тревога не снизится, и вы не поймете, что то, чего вы боялись (например, подвергнуться нападению или “развалиться на куски”), на самом деле не случилось. Как только ваша тревога снизится, по крайней мере, до 50 %, вы можете прекратить экспозицию и вернуться к другим занятиям. Однако если вы выйдете из ситуации, продолжая оставаться очень тревожным, вы снова будете говорить себе, что ситуация опасна, что беспокойство сохранится навсегда, или что с вами произойдет что-то ужасное. И в следующий раз, когда вы попадете в эту ситуацию, ваш уровень тревоги снова будет высоким.

И наоборот, если вы останетесь в ситуации и поймете, что она не представляет реальной опасности, ваш дискомфорт или тревога снизятся и, в конечном итоге, вы сможете входить в ситуацию без страха. Чем чаще вы будете практиковать каждую ситуацию из своего списка, тем быстрее достигнете точки, в которой перестанете в них тревожиться. Просмотрите *Раздаточный материал 4.5: Форма записи домашнего задания на экспозицию in vivo* с вашим терапевтом. Вы будете использовать эту форму, чтобы оценивать свои значения субъективного дистресса до и после экспозиции, а также его максимальное значение. См. рис. 4.4 и 4.5 ниже в этой главе, где приведены примеры заполнения форм домашнего задания на экспозицию in vivo. Вам будет предложено оценить значения своего субъективного

дистресса в отношении многих ситуаций на протяжении всего терапевтического курса. Можете сделать ксерокопию *Раздаточного материала 4.5: Форма записи домашнего задания на экспозицию in vivo*.

Домашнее задание

Пожалуйста, используйте *Раздаточный материал 4.6: Форма домашнего задания для сессии 2*.

Имя _____ Дата _____ Терапевт _____

№	Ситуация	Сессия 2,	Сессия 9,	Заклуч.
		СЗ	СЗ	сессия, СЗ
1.	Пообедать с близкими друзьями	25	15	5
2.	Пойти в торговый центр с подругой	30	5	5
3.	Пойти в супермаркет с сыном	30	0	0
4.	Пойти в супермаркет одной	35	5	5
5.	Пойти в торговый центр одной	35	10	5
6.	Наблюдать за тем, как кто-то			
	держит нож	45	5	5
7.	Увидеть нож, лежащий не на кухне	45	10	0
8.	Смотреть кино, где есть сцена			
	убийства ножом	50	15	15
9.	Пойти в клуб с подругой	50	10	0
10.	Пойти в дом к парню и смотреть кино	50	25	25
11.	Видеть нож в спальне	60	15	5
12.	Смотреть на останки тел	70	5	0
13.	Пойти в определенный бар			
	с подругой	90	40	30

70 Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции: ...

Точки привязки к значениям Шкалы субъективного дистресса (SUDs):

- 0 СЗ — смотреть телевизор в своем доме;
- 25 СЗ — находиться в общественном месте с мужчиной;
- 50 СЗ — быть наедине с мужчиной;
- 100 СЗ — то, что я чувствовала, когда меня попытались убить.

Рис. 4.1. Пример построения иерархии экспозиций in vivo женщиной — жертвой нападения с ножом

Имя _____ Дата _____ Терапевт _____

№	Ситуация	Сессия 2, Сессия 9, Заключ.		
		СЗ	СЗ	сессия, СЗ
1.	Видеть других ветеранов	25	25	0
2.	Посетить воинскую базу	50	25	20
3.	Встречаться с армейскими друзьями	50	10	5
4.	Смотреть военный боевик	75	25	25
5.	Позвонить другу и объяснять, почему я ушел в запас	75	0	
6.	Пойти на пляж	75	5	0
7.	Посетить врача в военном госпитале	80	0	0
8.	Носить военные ботинки	90	0	0
9.	Говорить с женой о войне	90	100	45
10.	Отправиться в круиз	100	0	0
11.	Рассматривать свои старые военные награды	100	0	10
13.	Обсуждать военный опыт с другими ветеранами	100	25	25

Точки привязки к значениям Шкалы субъективного дистресса (SUDs):

- 0 СЗ — читать книгу лежа в кровати или смотреть телевизор;
- 25 СЗ — оплачивать счета и нуждаться в деньгах;
- 50 СЗ — ссориться с женой;
- 75 СЗ — потерять работу;
- 100 СЗ — стать участником катастрофы, акта насилия.

Рис. 4.2. Пример построения иерархии экспозиций in vivo мужчиной — ветераном боевых действий

Имя _____ Дата _____ Терапевт _____

№	Ситуация	Сессия 2, Сессия 9, Заключ.		
		СЗ	СЗ	сессия, СЗ
1.	Написать письмо дедушке (преступнику)	50	25	
2.	Писать письмо матери	50	10	
3.	Инициировать секс с партнером	30	5	
4.	Смотреть на дверцы машин на парковке	40	0	
5.	Ложиться спать в спальне с незапертой дверью	50	5	
6.	Посетить семью матери	50	35	20
7.	Благосклонно ответить на инициативу своего парня	60	5	
8.	Спать с открытой дверью в спальню	70	5	
9.	Пойти гулять с подругой	70	40	0
10.	Сидеть спиной к людям	75	15	0
11.	Сидеть в первом ряду в аудитории	80	40	30
12.	Пойти одной в город	85	50	30
13.	Посетить семью отца	85	40	10
14.	Поговорить с матерью об изнасиловании	95	20	

72 Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции: ...

Точки привязки к значениям Шкалы субъективного дистресса (SUDs):

- 0 СЗ — сидеть дома, вышивая крестиком, и смотреть телевизор;
- 50 СЗ — когда за моей машиной следили;
- 100 СЗ — акт изнасилования.

Рис. 4.3. Пример построения иерархии экспозиций in vivo женщиной — жертвой сексуального насилия в детстве

Имя клиента: Б. Дата 02.08

- 1) Ситуация, которую вы практиковали: несколько часов гулял возле военной базы.

Дата и время	СЗ			Дата и время	СЗ		
	перед	после	макс.		перед	после	макс.
1. 03.08, 16:00	80	75	85	5.			
2. 04.08, 10:00	30	20	60	6.			
3. 08.08, 14:00	50	50	70	7.			
4. 08.09, 16:00	40	25	55	8.			

Примечание: 04.08 я пошел гулять в окрестностях военной базы не один, а со своей женой — в тот день экспозиция прошла легче.

- 2) Ситуация, которую вы практиковали: смотрел вечерние новости о боевых действиях.

Дата и время	СЗ			Дата и время	СЗ		
	перед	после	макс.		перед	после	макс.
1. 04.08, 18:00	50	60	75	5. 08.08, 18:00	35	35	50
2. 05.08, 18:00	55	45	60	6. 09.08, 18:00	40	35	55
3. 06.08, 18:00	35	50	55	7.			
4. 07.08, 16:00	40	40	60	8.			

- 3) Ситуация, которую вы практиковали: участвовал во встрече группы ветеранов с ПТСР в Военной академии и общался с ними.

Дата и время	СЗ			Дата и время	СЗ		
	перед	после	макс.		перед	после	макс.
1. 10.08	90	40	90	5.			
2. 17.08	80	30	80	6.			
3.				7.			
4.				8.			

Рис. 4.4. Пример заполнения *Формы записи домашнего задания на экспозицию in vivo* ветераном войны

Имя клиента С. Дата 15.02

- 1) Ситуация, которую вы практиковали: гуляла с собакой в парке.

Дата и время	СЗ			Дата и время	СЗ		
	перед	после	макс.		перед	после	макс.
1. 22.02, 13:00	60	40	80	5. 26.02, 14:00	30	30	40
2. 22.02, 14:00	55	40	60	6. 28.02, 15:00	30	20	35
3. 24.02, 18:00	70	50	70	7.			
4. 25.02, 13:00	40	30	50	8.			

- 2) Ситуация, которую вы практиковали: ходила в кино.

Дата и время	СЗ			Дата и время	СЗ		
	перед	после	макс.		перед	после	макс.
1. 25.02, 14:00	50	30	75	5.			
2. 28.02, 19:00	40	30	55	6.			
3.				7.			
4.				8.			

74 Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции: ...

3) Ситуация, которую вы практиковали: разговаривала с коллегой-мужчиной в кафетерии.

Дата и время	СЗ			Дата и время	СЗ		
	перед	после	макс.		перед	после	макс.
1. 22.02, 12:00	75	75	90	5.			
2. 24.02, 12:00	75	60	80	6.			
3. 27.02, 10:00	60	45	60	7.			
4.				8.			

Примечание: в последний раз выполняя экспозицию, я больше часа разговаривала с парнем и при этом определенно меньше нервничала, хотя и волновалась, что он может спросить меня о чем-то.

Рис. 4.5. Пример заполнения *Формы записи домашнего задания на экспозицию in vivo* жертвой изнасилования

Раздаточный материал 4.3:

Общие реакции на травму

Травматическое переживание — это эмоциональный шок, который может вызвать множество эмоциональных проблем. Этот раздел содержит описание некоторых общих реакций людей после травмы. Поскольку все по-разному реагируют на травматические события, у вас может быть более выражены каких-то из этих реакций, а других не быть совсем.

Помните, что многие изменения после травмы являются нормальными. На самом деле у большинства людей, которые пережили серьезные травмы, сразу же возникают тяжелые реакции, похожие на ваши. Многие люди спустя три месяца после происшествия чувствую себя намного лучше, но некоторые выздоравливают более медленно, а кто-то не может достаточно хорошо восстановиться без посторонней помощи. Первый шаг к выздоровлению — узнать больше об изменениях, которые произошли с вами после травмы.

Некоторые из самых распространенных проблем после травмы описаны здесь.

Негативные эмоции

Одна из основных реакций, которые люди испытывают после травмы — *частые негативные эмоции*, например, страх, тревога, вина, стыд или гнев. Тревога является общей и естественной реакцией на опасную ситуацию. У многих людей она долго сохраняется после того, как травма проходит. Это случается, потому что наши взгляды на мир и чувство безопасности изменились и стали более негативными. Вы можете испытывать тревогу, когда вспоминаете травму. У некоторых людей вина или стыд могут быть главными эмоциями, если у них были травмы, когда они переживали или становились свидетелями событий, которые ощущались как неправильные, аморальные

или затрагивающие их личность. Травматические переживания также могут вызвать чувство гнева, если вы страдали от несправедливости или насилию по отношению к себе.

Эти болезненные мысли и чувства иногда бывают вызваны внешними событиями, но иногда, похоже, возникают сами по себе или неожиданно. *Триггеры*, или *сигналы*, которые могут вызвать дистресс, включают в себя места, время суток, определенные запахи и шумы, или любые ситуации, которые напоминают вам о травме. Если вы начнете уделять больше внимания этому, то сможете обнаружить пусковые механизмы вашего дистресса. Таким образом, вы можете узнать, что некоторые из ваших появляющихся ниоткуда негативных эмоций на самом деле вызваны вещами, которые напоминают вам о вашей травме.

Повторное переживание травмы

Люди, которые были травмированы, часто повторно переживают травматическое событие. Например, у вас могут появляться *непроизвольные мысли* о травме, и вы можете быть неспособны избавиться от них. У некоторых людей бывают *флешбэки*, или очень яркие образы, как будто травма происходит с ними снова. *Кошмары* — также очень распространенное явление. Эти симптомы возникают из-за того, что травматическое переживание является настолько шокирующим и настолько отличается от повседневных переживаний, что вы не можете встроить его в свое представление о мире. Поэтому, чтобы осмыслить произошедшее, ваш разум продолжает возвращать воспоминание, словно пытаясь его лучше усвоить и встроить.

Повышенная возбудимость

Еще одной распространенной реакцией на травму является повышенная возбудимость, которая включает в себя нервозность, издерганность и неуравновешенность, легкую

пугливость и проблемы со сном. Вы также можете обнаружить у себя проблемы с концентрацией внимания. Это еще одно общее переживание, которое является результатом травмы. Непрекращающаяся возбужденность может привести к *нетерпеливости* и *раздражительности*, особенно если ваш сон недостаточен. Возбуждение приводит к реакциями борьбы или бегства в вашем теле. Реакции борьбы или бегства — это то, как мы защищаем себя от опасности, и они присущи также животным. Когда мы защищаем себя от опасности с помощью борьбы или бегства, нам нужно гораздо больше энергии, чем обычно, поэтому наш организм производит дополнительный адреналин, обеспечивая нас необходимой для выживания энергией.

Получившие травму люди часто видят мир полным опасности, поэтому их тела находятся в постоянной напряженности, всегда готовые немедленно ответить на любую атаку. Проблема в том, что повышенное возбуждение полезно в на самом деле опасных ситуациях, например, если мы оказываемся лицом к лицу с тигром. Но возбуждение становится весьма дискомфортным, когда продолжается в течение длительного времени и даже в безопасных ситуациях. Другая реакция на опасность — ступор, как у оленя при свете фар, и эта реакция также может возникнуть во время травмы.

Избегание

Как обсуждалось в предыдущих главах, избегание является типичным способом не допустить боль и дистресс, связанные с травмой. Это стратегия призвана защитить вас от ситуаций, которые вы считаете опасными, и от мыслей и чувств, которые являются болезненными, подавляющими или тревожными. Вы можете избегать ситуаций, которые напоминают вам о травме, например, действий или людей, связанных с травматическими событиями. Часто также избегают ситуаций, которые менее непосредственно связаны

с травмой, например, выхода из дома после наступления темноты или присутствия в людных местах. Еще один способ снизить дискомфорт — попытаться подавить болезненные мысли и чувства. Это может привести к ощущению *онемения*, когда человеку становится трудно испытывать как страх, так и приятные или сексуальные ощущения. Некоторые люди чувствуют, что потеряли способность испытывать положительные эмоции, такие как счастье, радость или любовь. Иногда болезненные мысли или чувства могут быть настолько интенсивными, что ваш разум просто все их блокирует, и вы можете не помнить части травмы.

Гнев и раздражительность

Многие получившие травму люди испытывают гнев и раздражительность. Это может особенно сбивать с толку — злиться на самых близких вам людей. Иногда люди гnevаются вследствие раздражительности. Гнев может также возникнуть из чувства, что мир несправедлив.

Вина и стыд

Люди часто испытывают после травмы изменения в своих мыслях и убеждениях. Они могут считать мир очень опасным местом, а себя слабыми или плохими. Травма часто приводит к чувствам вины и стыда. Многие люди обвиняют себя в том, что они совершили или не сделали. Например, некоторые жертвы насилия считают, что должны были отбиться от нападавшего, и обвиняют самих себя в произошедшем. Другие считают, что, если бы они не сопротивлялись, им бы не причинили вред. Ветеран войны может чувствовать себя виноватым в том, что наехал на самодельное взрывное устройство, когда он был за рулем автомобиля, что привело к ранению или смерти его друга. Вам может быть стыдно из-за того, что во время травмы вы вели себя так, как

не вели бы себя в другом случае. Иногда другие люди могут обвинить вас в травме.

Чувство вины за травму означает, что вы принимаете на себя ответственность за произошедшее. Хотя это может дать вам почувствовать себя в какой-то мере контролирующим ситуацию, это также приводит к чувству беспомощности и депрессии.

Печаль и депрессия

Еще одной распространенной реакцией на травму является печаль и чувство подавленности, или депрессия. Вы можете испытывать безнадежность и отчаяние, частые приступы плача, а иногда даже размышлять о причинении себе вреда и самоубийстве. Пережившие травму часто испытывают горе утраты или сожалеют о том времени, которое было до травмы. Порой печаль связана с невозможностью контролировать то, что случилось с вами или вашим телом, или с потерей чувства безопасности. С травмой часто связана потеря интереса к людям и занятиям, которые вы когда-то находили приятными. Вы можете почувствовать, что ваши планы на будущее больше ничего не значат, или что жизнь ничего не стоит. Эти чувства могут привести к мыслям или желанию умереть, или сделать что-нибудь, чтобы причинить себе боль или попытаться убить себя. Поскольку травма так сильно изменила ваше видение мира и себя, понятны чувства грусти и горя о потерях из-за травмы.

Видение себя и других людей

То, как вы видите себя и других, часто становится более негативным после травмы. Вы можете сказать себе: “Если бы я не был таким слабым или глупым, этого не случилось со мной”. Многие люди видят себя в более негативном свете после травмы (“Я плохой человек и заслужил это” или “Другие

люди переживают подобное, но остаются сильными и продолжают жить”).

Очень часто других людей воспринимают более негативно и чувствуют, что никому нельзя *доверять*. Если раньше вы воспринимали мир как безопасное место, травма внезапно может заставить вас думать, что мир очень опасен. Если раньше у вас были плохие переживания, травма может убедить вас в том, что мир опасен, и никому нельзя доверять. Эти негативные мысли часто заставляют людей чувствовать, что травма их полностью изменила. Отношения с другими могут стать напряженными, и вам будет трудно сблизиться с людьми, так как ваше доверие к ним снизилось.

Иногда после травмы люди начинают вести себя в безрассудной или аутодеструктивной манере. Это может включать в себя опасную манеру езды, принятие необдуманных решений или неоправданные риски. Вы участвуете в безрассудном или рискованном поведении? Ваши друзья или семья беспокоятся о вас?

Нередко после травматического переживания появляются проблемы в отношениях с другими людьми, или приходится добиваться доверия и чувства близости с другими. Сексуальные отношения также могут пострадать в результате травматического переживания. Многим людям трудно чувствовать себя сексуальными или иметь интимные отношения. Это особенно актуально для тех, кто подвергся сексуальному насилию — помимо того, что утрачивается доверие, секс сам по себе напоминает об изнасиловании.

Употребление алкоголя или наркотиков

После травмы некоторые люди увеличивают употребление алкоголя или других психоактивных веществ. Нет ничего плохого в ответственном употреблении алкоголя, но если в результате ваших травматических переживаний вы начали злоупотреблять алкоголем или наркотиками, это может замедлить ваше выздоровление и вызвать свои проблемы.

Взаимосвязанность

Многие реакции на травму связаны друг с другом. Например, флешбэки могут переживаться как потеря контроля и поэтому вызывать страх и возбуждение. Многие люди думают, что их типичные реакции на травму говорят о том, что они “сходят с ума” или “теряют себя”. Эти мысли могут их еще больше испугать. Опять же, когда вы узнаете об изменениях, которые произошли с вами после травмы, и когда вы обработаете эти переживания во время лечения, симптомы станут менее болезненными.

Раздаточный материал 4.4:

Иерархия экспозиций in vivo

Имя _____ Дата _____ Терапевт _____

Точки привязки к значениям Шкалы субъективного дистресса (SUDs):

0 _____ 50 _____ 100 _____

<u>Ситуации</u>	<u>Сессия 2, СЗ</u>	<u>Заключ. сессия, СЗ</u>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		

Раздаточный материал 4.5: Форма записи домашнего задания на экспозицию in vivo

Имя клиента _____ Дата _____

1) Ситуация, которую вы практиковали:

Дата и время	СЗ			Дата и время	СЗ		
	перед	после	макс.		перед	после	макс.
1.				5.			
2.				6.			
3.				7.			
4.				8.			

2) Ситуация, которую вы практиковали:

Дата и время	СЗ			Дата и время	СЗ		
	перед	после	макс.		перед	после	макс.
1.				5.			
2.				6.			
3.				7.			
4.				8.			

3) Ситуация, которую вы практиковали:

Дата и время	СЗ			Дата и время	СЗ		
	перед	после	макс.		перед	после	макс.
1.				5.			
2.				6.			
3.				7.			
4.				8.			

Раздаточный материал 4.6:

Форма домашнего задания для сессии 2

Имя _____ Дата _____ Терапевт _____

1. Продолжайте практиковать дыхательную технику.
2. В течение недели несколько раз перечитайте *Раздаточный материал 4.3: Общие реакции на травму* и поделитесь этой информацией со значимыми для вас людьми.
3. Просмотрите список типично избегаемых ситуаций у переживших травму и добавьте дополнительные ситуации.
4. Просмотрите модель постепенной экспозиции *in vivo*.
5. Начните выполнять задания на экспозицию *in vivo*. Используйте *Раздаточный материал 4.5: Форма записи домашнего задания на экспозицию in vivo* и оцените значения субъективного дистресса до и после воздействия, а также максимальные значения. Не забудьте оставаться в ситуации достаточно долго, чтобы ваша тревога снизилась.

Ситуации для практики на следующей неделе:

6. Прослушайте хотя бы один раз запись всей сессии.

Цели

- ♦ Проверить выполнение домашнего задания
- ♦ Обсудить обоснование имажинальной экспозиции со своим терапевтом
- ♦ Провести свою первую имажинальную экспозицию травматического воспоминания
- ♦ Обработать воспоминание
- ♦ Выбрать экспозицию *in vivo* для домашнего задания

Имагинальная экспозиция

Имагинальная экспозиция, или возвращение к воспоминанию о травме в вашем воображении, — это процедура, по ходу которой вас просят заново пережить травматическое событие, неоднократно рассказывая о нем вслух в настоящем времени. Она предназначена для того, чтобы:

- ♦ помочь вам рассказать о воспоминании своими словами и в своем темпе, чтобы соприкоснуться со всеми важными аспектами травматического воспоминания: что на самом деле произошло, о чем вы думали, какие эмоции и телесные ощущения испытывали;
- ♦ со временем позволить вам думать и говорить о том, что произошло, с меньшим дистрессом или вообще без него.

Длительные или множественные травматические инциденты

Людам, пережившим травматические события, которые длились много часов, дней, или еще больше (например, период пленения продолжительностью в несколько дней) или многократные травматические инциденты (например, частые нападения, повторяющееся сексуальное насилие в детстве, многочисленные боевые стычки), нужно будет решить со своим терапевтом, над какими травматическими воспоминаниями они будут работать в первую очередь. Как правило, это будут те воспоминания, которые сейчас беспокоят вас больше всего. В большинстве случаев, первоочередная работа над наиболее тревожными воспоминаниями поможет вам преодолеть менее расстраивающие воспоминания.

Важно помнить, что даже если вы временно чувствуете себя более расстроенным после нескольких сессий экспозиции, особенно первых, это означает, что вы начинаете эмоционально обрабатывать свои воспоминания. Вы начинаете восстанавливаться после травмы. Если вы беспокоитесь о том, как будете реагировать, особенно во время первых сессий имажинальной экспозиции, неплохо будет взять с собой поддерживающего вас человека, который подождет вас, а потом отвезет домой.

Обоснование имажинальной экспозиции

Вместе со своим терапевтом вы проведете большую часть сессии 3, стараясь повторно вернуться к воспоминанию о своей травме и пересказать его вслух. Нелегко понять и осмыслить травматическое переживание. Когда вы думаете о случившемся или о том, что вам о нем напоминает, вы можете испытывать тревогу и другие негативные эмоции. Травма связана с устрашающими и болезненными переживаниями, поэтому люди склонны отталкивать от себя или избегать болезненных воспоминаний. Вы можете при-

казывать себе не думать об этом или просто забыть. Часто другие люди советуют вам сделать то же самое. Кроме того, ваши друзья, семья или партнер могут чувствовать себя некомфортно, слушая о травме, и это может заставить вас не говорить о ней. Но, как вы уже обнаружили, как бы вы ни старались оттолкнуть мысли о травме, переживание возвращается, чтобы преследовать вас посредством дистрессовых мыслей и чувств, ночных кошмаров и флешбэков. Мы рассматриваем это повторное переживание симптомов как признак того, что травма все еще остается “незавершенной”.

Наша цель в данной процедуре — помочь вам обработать связанные с травмой воспоминания, заставив вас вспоминать их в течение продолжительного периода. Когда вы остаетесь с этими воспоминаниями, а не убегаете от них, вы сможете их обработать, переварить и оставить в прошлом. Вы узнаете, что воспоминание о травме, хоть и болезненное и неприятное, не является опасным. Это снизит дистресс и страх, связанные с воспоминанием. Вполне естественно хотеть избежать болезненных переживаний, например, воспоминаний, эмоций и ситуаций, напоминающих вам о травме. Однако чем больше вы избегаете столкновений с воспоминаниями, тем больше они мешают вашей жизни. Наша цель — дать вам возможность контролировать воспоминания, вместо того, чтобы они контролировали вас. Давайте рассмотрим пример, объясняющий, почему так сложно, но важно, обработать травматическое воспоминание:

Предположим, вы съели очень большую порцию тяжелой или некачественной еды, и теперь у вас болит живот или вас тошнит. Эти симптомы сохранятся, пока вы не переварите пищу. Только после того, как вы переварите пищу, вы почувствуете большое облегчение.

Вспышки воспоминаний, или флешбэки, ночные кошмары и беспокойные мысли продолжают вас посещать, потому что вы не “переварили” травматическое воспо-

минание. Сегодня вы начнете “переваривать”, или обрабатывать, свои тяжелые воспоминания, после чего они перестанут мешать вашей повседневной жизни.

Вот еще один пример, который очень полезен, если вы уже думаете о травме все время и не можете понять, чем имажинальная экспозиция отличается от этих мыслей, или чем может вам помочь:

Представьте, что ваше травматическое событие записано в вашем мозгу, как в книге с главами, страницами и абзацами. Как и все книги, ваша книга о травматическом событии — это история с началом, серединой и концом. Поскольку вы пытаетесь не думать о своей травме, вы не можете прочитать книгу от начала до конца с того момента, как произошла травма. Всякий раз, когда у вас появляется флешбэк, книга автоматически открывается на абзаце, где записано воспоминание, и вы читаете этот абзац. Чтение этой части книги доставляет вам боль и дистресс. Поэтому вы говорите себе: “Мне не нравится эта книга” и, приложив какие-то усилия, закрывает ее. То же самое происходит с вами, когда у вас появляется очередной флешбэк, или мысль о ашей травме. И именно поэтому вы не прочитали то, что написано в этой книге.

В имажинальной экспозиции мы будем читать эту книгу вместе от начала до конца. Это даст вам возможность посмотреть на травматическое событие и его значение с вашей сегодняшней точки зрения, а не с точки зрения прошлого, когда произошла травма и когда вы испытали ужас (“ужасный стыд” или “ужасную вину”).

Цель имажинальной экспозиции — дать вам возможность думать и говорить о травме без расстройства или тревоги, которые мешают вашей жизни. Она навсегда останется плохим воспоминанием о том, что никогда не должно

было произойти, но воспоминание может не быть столь болезненным. Эта часть программы включает ваше столкновение с относящимися к травме воспоминаниями, которые порождают как тревогу, так и желание к избеганию. Чтобы это помогло, вы будете повторять экспозицию снова и снова, каждый раз в течение продолжительного времени.

Существует несколько способов, которыми имажинальная экспозиция поможет вам восстановиться от вашего посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Неоднократно повторяющееся возвращение к воспоминанию о травме и его пересказ позволяют:

1. Организовать его и по-новому взглянуть на то, что произошло в момент травмы и после нее (с точки зрения настоящего, а не с точки зрения прошлого, когда происходила травма).
2. Помочь вам различать “воспоминание” о травматическом событии от собственно “травмы”. Многие люди с ПТСР чувствуют, что, когда они думают или говорят о своей травме, им кажется, будто она происходит снова. Страх — это эмоция, которую мы испытываем, когда находимся в опасности. Однако воспоминание о произошедшей в прошлом травме не представляет опасности. Переживание вновь и вновь травматического воспоминания помогает различать настоящее (воспоминание) и прошлое (травму), поэтому воспоминание о травме не будет вызывать у вас такую тревогу или дистресс.
3. Снизить беспокойство и все другие негативные эмоции, связанные с памятью (этот процесс называется габитуацией). Когда это произойдет, вы узнаете, что тревога и другие негативные эмоции не вечны, даже если вы останетесь в воспоминании, а не вытолкнете его.
4. Помочь вам различать имевшую место травму и аналогичную ей, но безопасную ситуацию. Например, жертва изнасилования может генерализировать свой страх

перед нападавшим, перенеся его на всех мужчин, которые ей его напоминают. Неоднократное представление в воображении конкретного нападавшего (например, его голубых глаз) поможет ей увидеть разницу между этим мужчиной и всеми другими мужчинами, и это, мы надеемся, снизит ее страх перед людьми в целом.

5. Осознать, что разговоры и мысли о травме в течение такого временного отрезка, как 40 минут, не вызовут у вас потери контроля, что вы не “сойдете с ума” и не “развалитесь на куски”. Вы поймете, что вы более сильный, чем думали о себе, и что вам не нужно избегать мыслей о травме.
6. Усилить ваше чувство самоконтроля и уверенности в себе. Вы будете чувствовать себя все лучше и лучше, перестанете избегать своих страхов и начнете справляться с ними. Вы сможете, когда захотите, вспоминать травму, и откладывая ее в сторону, когда не хотите думать о ней. Вы будете сами контролировать свое травматическое воспоминание, не давая ему контролировать вас, как это происходит с вами сейчас.

Мы искренне верим в вашу способность говорить о самых худших, самых страшных, самых постыдных моментах своей жизни вслух, чтобы это услышал другой человек, который пытается вам помочь. Когда мы храним свои секреты закрытыми и непроговоренными, они разлагаются и преследуют нас. Они похожи на плесень, и когда мы выставляем их на свет дня и человеческого тепла, они теряют свою силу.

Проведение имажинальной экспозиции

Ваш терапевт попросит вас восстановить воспоминание о травме. Лучше всего начать пересмотр с точки воспоминания, которая чуть предшествует по времени собственно

травмирующему событию, чтобы у вас была возможность войти в образ и обрести связь с ситуацией. Таким образом, я хочу, чтобы вы начали пересмотр травмы с точки, которая по крайней мере на несколько минут предшествует моменту, когда вы поняли, что ситуация ухудшается или становится угрожающей. Затем вы перескажете всю травму до тех пор, пока чувство опасности не пройдет, или пока вы не выйдете из ситуации.

Лучше всего во время этого закрыть глаза, чтобы вы не отвлекались и могли представить картину своим мысленным взором. Ваш терапевт попросит вас вспомнить эти события настолько живо, насколько это возможно, и представить их своим мысленным взором. Мы называем это *возвращением к травматическому воспоминанию*. Ваш терапевт попросит вас описать переживание в настоящем времени, как будто оно происходит прямо здесь и сейчас. Вы будете описывать вслух то, что произошло во время травмы настолько подробно, насколько сможете. Вместе с вашим терапевтом вы будете работать над этим. Если вы начнете чувствовать себя некомфортно и захотите уклониться или избежать воспоминания, выйдя из образа, ваш терапевт поможет вам оставаться в нем. Время от времени, когда вы будете пересматривать травму, ваш терапевт будет просить вас оценить значения своего субъективного дистресса по 100-балльной шкале от 0 СЗ до 100 СЗ. Пожалуйста, попробуйте отвечать быстро и называть первое пришедшее на ум значение, чтобы описать то, как вы чувствуете себя прямо здесь и сейчас, на сессии, а не тогда, в момент травмы. Так как важно, чтобы вы поддерживали имажинальную экспозицию в течение длительного времени, когда вы закончите пересказ травмы, ваш терапевт попросит вас без перерыва начать это делать снова. Вы можете проделать это несколько раз в течение одной сессии; количество раз будет зависеть от того, сколько времени у вас займет переживание воспоминания. Важно, чтобы вы не отталкивали воспоминания,

даже если они будут болезненны. Помните, воспоминания не опасны, даже если они вызывают болезненные чувства. Ваш терапевт будет мало комментировать, пока ваша имажинальная экспозиция не завершится, но у нас будет время поговорить с ним о ваших переживаниях после.

Обработка имажинальной экспозиции

После имажинальной экспозиции к вашему травматическому воспоминанию у вас появится много эмоций и мыслей. Поэтому важно начать обработку этого переживания с вашим терапевтом. Он попросит вас описать свои мысли и чувства по поводу имажинальной экспозиции и обратить внимание на то, как они влияют на связанный с этим дистресс. Стало ли вам легче после того, как вы рассказали о случившемся? Стали ли вы думать о каких-то вещах по-другому? Даже если вам покажется, что вам не стало легче, вы можете гордиться тем, что смогли продержаться и позволили себе столкнуться с этими болезненными воспоминаниями. Вероятно, это является для вас большой переменной. Вы и ваш терапевт будете говорить обо всех важных мыслях или убеждениях, которые возникнут у вас. Иногда люди смотрят на вещи по-другому после повторяющегося переживания воспоминания. Например, многие люди понимают, что были не в состоянии предотвратить травматическое событие, или что это не было их ошибкой, или что они сделали все, что было в их силах. Вы и ваш терапевт поговорите о любых мыслях, которые появятся во время экспозиции, таких как самообвинения или недоверие к людям. Вот некоторые вопросы, которые следует рассмотреть, подходя к своим мыслям о травме:

- ◆ Когда вы начали смотреть на травму таким образом? Что заставляет вас думать таким образом?

- ❖ Как вы себя чувствуете, когда думаете об этом таким образом?
- ❖ Что бы вы сказали своей дочери (сестре, подруге), если бы она думала об этом таким образом?
- ❖ Что бы вы сказали своему сыну, брату или другу, если бы он прошел через подобное переживание?
- ❖ Что для вас означает произошедшее?
- ❖ Что это говорит о вас?
- ❖ Как вы думаете, почему у вас сейчас ПТСР?
- ❖ Как это согласуется с тем, что вы узнали об общих реакциях на травму?

Мы обнаружили, что иногда люди боятся выражать свои эмоции. Некоторые боятся плакать, потому что думают, что никогда не остановятся. Вы можете чувствовать, что вам нужно сохранять контроль, и тогда будете делать то, что мешает обработке воспоминания. Например, некоторые люди стараются сохранять спокойствие, избегая визуализации наиболее болезненных моментов своего воспоминания, таких как образ приближающегося навстречу автомобиля перед аварией, лицо насильника или сцену угрозы с оружием. Важно помнить, что вы находитесь в безопасности в кабинете с вашим терапевтом и то, к чему вы повторно возвращаетесь — это всего лишь воспоминание, и оно не происходит сейчас. Вы уже пережили худшее, а это — просто воспоминание.

Слова поддержки

Мы знаем, что столкновение с вашими страхами вначале может быть трудным. Иначе вам не нужно было бы прибегать к этому лечению. Для этого нужна смелость, и мы не просто так говорим это. *Смелость состоит в том, чтобы бояться,*

но, несмотря ни на что, делать. Мы знаем, чего это стоит. Мы видели многих людей, проходивших эту или аналогичные программы, которые чувствовали, что могут, наконец, вернуться на свой путь и жить своей жизнью, так что мы знаем, что оно того стоит. Ваша работа здесь будет окупаться всю оставшуюся жизнь. Вы заметите разницу, и ваша семья и друзья заметят разницу. Но вначале это может быть трудно — снова переживать воспоминания о том, что случилось, и оставаться с ними и своими чувствами, делая это снова и снова. Что помогает, так это знание, что станет легче. Вы приняли решение, что вам нужна помощь, так примите ее. Используйте эту возможность, и используйте ее максимально. Мы знаем, вы не пожалеете. Удачи вам — вы достойны этого!

Домашнее задание

При выполнении домашнего задания воспользуйтесь *Раздаточным материалом 5.7: Форма записи домашнего задания на имагинальную экспозицию*. Вы также будете использовать *Раздаточный материал 5.8: Форма записи домашнего задания для сессий 3-10 для проверки терапевтом выполнения вашего домашнего задания на оставшихся сессиях*.

Несколько заметок о домашнем задании

- ❖ Когда вы слушаете запись вашей имагинальной экспозиции, не делайте это перед сном, поскольку мы не хотим, чтобы это не дало вам уснуть.
- ❖ Не позволяйте другим людям слушать записи, потому что мы не хотим, чтобы вы имели дело с их реакциями, пытаясь разобраться в собственных реакциях и чувствах по этому поводу. И если вы позволяете другим людям слушать ваши записи, вы можете упу-

стить что-то важное, потому что будете беспокоиться о том, как кто-тоотреагирует на них.

- ❖ Вы можете сделать ксерокопию *Раздаточного материала 5.7*.
- ❖ В качестве образца см. две заполненные формы (рис. 5.1 и 5.2).

Имя клиента: Б. Дата 02.03

Инструкции: Оцените свой субъективный дистресс по 100-бальной шкале (где 0 СЗ — отсутствие дискомфорта и 100 СЗ — максимальный дискомфорт, беспокойство и паника) перед тем и после того, как вы прослушаете аудиозапись имагинальной экспозиции.

Запись 7 (четвертая экспозиция — “горячие точки”)

Дата и время	02.03, 19:00	03.03, 15:00	04.03, 16:00	05.03, 10:00
СЗ, до	50	50	40	30
СЗ, после	40	30	35	30
СЗ, макс.	50	55	40	50

Дата и время	07.03, 19:00	08.03, 16:00		
СЗ, до	30	30		
СЗ, после	20	20		
СЗ, макс.	50	35		

Рис. 5.1. Пример заполнения *Формы записи домашнего задания на имагинальную экспозицию ветераном боевых действий*

Имя клиента: С. дата: 01.03

Инструкции: Оцените свой субъективный дистресс по 100-бальной шкале (где 0 СЗ — отсутствие дискомфорта

96 Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции: ...

и 100 СЗ — максимальный дискомфорт, беспокойство и паника) перед тем и после того, как вы прослушаете аудиозапись имагинальной экспозиции.

Запись 1 (первая экспозиция).

Дата и время	02.03, 19:00	03.03, 17:00	04.03, 16:00	05.03, 10:00
СЗ, до	80	80	70	40
СЗ, после	70	70	50	60
СЗ, макс.	90	80	75	65

Дата и время	07.03, 19:00	08.03, 18:00		
СЗ, до	50	40		
СЗ, после	40	30		
СЗ, макс.	60	40		

Рис. 5.2. Пример заполнения *Формы записи домашнего задания на имагинальную экспозицию жертвой изнасилования*

Раздаточный материал 5.7:**Форма записи домашнего задания на имажинальную экспозицию**

Имя клиента _____ Дата: _____

Инструкции: Оцените свой субъективный дистресс по 100-бальной шкале (где 0 СЗ — отсутствие дискомфорта и 100 СЗ — максимальный дискомфорт, беспокойство и паника) перед тем и после того, как вы прослушаете аудиозапись имажинальной экспозиции.

Сессия _____

Дата и время				
СЗ, до				
СЗ, после				
СЗ, макс.				

Дата и время				
СЗ, до				
СЗ, после				
СЗ, макс.				

Раздаточный материал 5.8: Форма записи домашнего задания для сессий 3–10

Имя _____ Дата _____ Терапевт _____

Сессия _____

1. Продолжайте практиковать дыхательную технику.
2. Слушайте запись имагинальной экспозиции по крайней мере ежедневно и с помощью *Раздаточного материала 5.7: Форма записи домашнего задания на имагинальную экспозицию* оцените значения своего субъективного дистресса.
3. Ежедневно продолжайте выполнять упражнения на экспозицию *in vivo*, поднимаясь вверх по иерархии значений субъективного дистресса. Во время практики используйте *Раздаточный материал 4.5: Форма записи домашнего задания на экспозицию in vivo*. Если во время проведения экспозиции *in vivo* у вас нет под рукой вашей Рабочей тетради клиента, вы можете оценить значения своего субъективного дистресса, а также записать ситуацию, дату и время на любом листе бумаги или на своем телефоне, а затем перенести эту информацию в раздаточный материал, когда вернетесь к нему. Ситуации для практики на этой неделе:

4. Прослушайте один раз запись всей сессии.

Цели

- ❖ Узнать о типичных проблемах, которые могут препятствовать лечению
- ❖ Узнать о способах преодоления трудностей и проблем

Несмотря на привлечение всего нашего опыта при работе с пережившими травму и обоюдные упорные старания, иногда клиентам бывает трудно получить максимальную пользу от пролонгированной экспозиции (ПЭ). Подойдя к этому терапевтическому этапу, вы имеете некоторое представление о том, как вы реагируете, и есть ли у вас какие-то проблемы, которые могут помешать получить необходимое от данной программы. Типичные проблемы, которые препятствуют лечению и вашему выздоровлению, следующие.

- ❖ Избегание (наш старый друг, помните?).
- ❖ Недостаточное (неполная вовлеченность) или *излишнее* (чрезмерная вовлеченность) подключение к своим эмоциям во время возвращения к воспоминаниям о травме и их пересказа.
- ❖ Непереносимость эмоционального дистресса.
- ❖ *Постоянное переживание* других негативных эмоций, например гнева.

К счастью, если вы и ваш терапевт понимаете происходящее, есть несколько вещей, которые вы оба можете использовать, чтобы с этим справиться.

Важность терапевтической модели

Теория эмоциональной обработки была описана в главе 1 данной Рабочей тетради клиента. Важно держать эту теорию в голове, пытаться решить проблемы и выработать для себя оптимальную терапевтическую программу. Иерархия экспозиций *in vivo* хороша тем, что состоит из ситуаций, которые соответствуют вашим конкретным проблемам — они заставляют вас бояться или испытывать дистресс. Подходят ли упражнения на экспозицию *in vivo* из вашей иерархии (*Раздаточный материал 4.*) именно вам? Что они значат для вас? Действительно ли они вбивают гвозди в голову вашего страха, или вы равнодушны к ним? Возможно, они не вызывают у вас дистресс? Если вы будете всегда держать теорию эмоциональной обработки в голове, то сможете планировать и корректировать лечение. Например, человек, который во время имажинальной экспозиции всегда очень быстро описывает свое травматическое воспоминание и при этом старается держать свои чувства закрытыми, скорее всего, не впускает в сознание все важные части своего воспоминания и избегает связанных с ним эмоций, мыслей или образов. Если это происходит с вами, вспомните, почему такое избегание — хоть и объяснимое — препятствует вашему восстановлению от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), и работайте над тем, чтобы найти способ повысить свою вовлеченность во все аспекты воспоминания о травме, чтобы вы могли его обработать.

Эффективное проведение экспозиции *in vivo* и имажинальной экспозиций

Модификация экспозиции *in vivo*

На сессии 2 вы с вашим терапевтом написали список ситуаций, мест, людей или действий, которых вы избега-

ете (или, если нет другого выхода, стараетесь как можно быстрее их покинуть). Как правило, люди систематически продвигаются вверх по иерархии экспозиции, несколько раз практикуя каждую ситуацию, пока беспокойство или дистресс не начнут снижаться, и она уже не будет восприниматься как опасная или трудная.

Во время лечения люди с ПТСР почти всегда борются с избеганием. Побуждения к избеганию понятны и являются частью ПТСР, но, как мы неоднократно обсуждали, избегание поддерживает связанные с травмой реакции. Если вы с трудом выполняете экспозицию *in vivo*, часто бывает полезно изменить иерархию, разбив каждую ситуацию на меньшие шаги. Если вы обнаружите, что вам слишком тяжело в настоящее время столкнуться с ситуацией на экспозицию *in vivo*, найдите способы сделать ее менее сложной, чтобы снизить свой уровень субъективного дистресса. Иногда присутствие друга или члена семьи во время упражнения на экспозицию помогает справиться со дистрессом (как в примере из главы 4: женщина поднимается вверх по иерархии экспозиций *in vivo*, планируя походы в торговый центр). Изменение других факторов, например, времени суток или места экспозиции, также могут снизить дистресс, связанный с упражнением на экспозицию, и облегчить его выполнение. Когда вы овладеете облегченной ситуацией экспозиции, вы сможете продвинуться к ситуации, с которой не решались столкнуться ранее, а затем к еще более сложным ситуациям.

Иногда, продвигаясь в лечении, у человека может не наблюдаться снижения дистресса, несмотря на, казалось бы, правильную и многократную экспозицию. В таких случаях полезно внимательно присмотреться к тому, что вы на самом деле *делаете* во время упражнений на экспозицию *in vivo*. Подумайте над тем, как именно вы выполняете экспозицию, как долго она длится, и когда вы ее прекращаете. Остаетесь ли вы в ситуации достаточно долго, чтобы позволить вашему страху снизиться? Или вы выходите из ситуации, когда все

еще очень тревожны? Обратите внимание также на неявное избегание и так называемое “безопасное поведение” (например, находиться рядом только с “безопасными” людьми, совершать покупки только тогда, когда магазины наименее заполнены покупателями; всегда выбирать кассира-женщину; оставаться всегда начеку или сверхбдительным при проведении экспозиции *in vivo*), которое препятствует снижению страха, не давая вам понять, что ситуации не являются опасными, даже когда вы отказываетесь от мер безопасности.

Наконец, поищите избегание, о котором вы даже не подозреваете. Один из наших клиентов, Джейсон, озадачил нас тем, что хотя последовательно выполнял свои домашние задания на экспозицию между сессиями, его тревога вообще не снижалась, и к середине лечения его симптомы ПТСР даже усугубились. Когда терапевт попытался понять это отсутствие прогресса, обсудив его с Джейсоном, выяснилось, что, выполняя свое домашнее задание, он пытался держать себя эмоционально отстраненным. Кроме того, всякий раз, когда бы он ни выполнял свое домашнее задание, он полностью избегал всех связанных с травмой триггеров, мыслей и эмоций. Он и его терапевт не знали о степени этого избегания. Терапевт помог Джейсону понять, как его поведение препятствует лечению, и он начал распознавать и снижать свое обширное избегание в повседневной жизни. В результате его симптомы ПТСР также начали снижаться. Другой клиент, Антонио, сообщил, что выполняет свои экспозиции в соответствии с инструкциями, проводя больше времени ночью в одиночестве, но без видимого результата. Когда его спросили о подробностях, оказалось, что Антонио всякий раз держал наготове в руке ключи от дома, пробегая от своей машины к входной двери и как можно быстрее ее открывая. Когда он захлопывал за собою дверь, то чувствовал, что едва избежал опасности. Антонио пришлось объяснить, что проведенная в этой манере экспозиция не является *терапевтической*; важно, чтобы его разум и тело узнали, что в темноте за дверью ему нечего бояться.

Модификация имагинальной экспозиции

Имагинальная экспозиция в ПЭ — возвращение к воспоминанию о травме и его пересказ — проводятся таким образом, чтобы вы были эмоционально вовлечены в воспоминание и эмоции, которые переживаете при столкновении с ним. Посредством многократного возвращения к травматическому воспоминанию и его пересказу, образы, мысли и эмоции, связанные с ним, организуются и интегрируются. Для того чтобы обработать и усвоить травматическое переживание, важно быть эмоционально связанным с воспоминанием и вызываемыми им чувствами и мыслями, и в то же время не быть подавленным тревогой и чувствовать контроль над собой. Переживание должно вам помочь узнать, что воспоминания не опасны, а дистресс и тревога не вечны.

Обычно люди, страдающие от ПТСР, подавляют свои чувства, когда думают или говорят о травме. Именно поэтому стандартные процедуры имагинальной экспозиции предназначены для поощрения эмоциональной вовлеченности — терапевт просит вас держать глаза закрытыми, живо представлять и визуализировать сцену травмы, как будто она происходит сейчас, использовать настоящее время и входить в мысли, эмоции, физические ощущения и поведение, которые у вас имели место во время травматического события. Терапевт спрашивает о деталях, которые вы пропускаете (например, “Что вы чувствуете, когда это происходит?” или “Что вы думаете, когда он говорит это?”) и следит за вашим уровнем дистресса на протяжении всего возвращения к травматическому воспоминанию и его пересказа. По нашему опыту, самая распространенная проблема с эмоциональной вовлеченностью — это, без сомнения, неполная вовлеченность, или удержание своих эмоций на расстоянии вытянутой руки. Гораздо реже мы наблюдаем противоположную реакцию, когда во время имагинальной экспозиции клиент становится перегруженным эмоциями и чувствует потерю контроля. Мы называем это чрезмерной вовлеченностью.

Неполная вовлеченность

Используемый в ПЭ термин “неполная вовлеченность” означает трудности в соприкосновении с эмоциональными аспектами травматического воспоминания. Наиболее часто она встречается при имажинальной экспозиции, но также может происходить и при экспозиции *in vivo*. В случае возвращения к травматическому воспоминанию и его пересказа, человек может описывать свою травму даже в мельчайших подробностях, но чувствовать себя отстраненным от нее эмоционально, или быть неспособным визуализировать случившееся. Он может сообщать о чувстве онемения или отрешенности. Когда человек не полностью вовлечен, уровень дистресса или тревоги во время экспозиции, как правило, низкий. Тем не менее, не полностью вовлеченный человек может сообщать о высоких значениях субъективного дистресса, даже если не выглядит расстроенным. Иногда человек, который не полностью вовлечен, кажется неестественным или отстраненным, как будто читает полицейский отчет, а не рассказывает о травматическом событии от первого лица.

Вы можете повысить свою эмоциональную вовлеченность, в первую очередь, следуя стандартным процедурам — закрыв глаза и используя настоящее время. Эти процедуры способствуют эмоциональной связи с воспоминанием. Убедитесь, что вы упомянули как можно больше деталей, в том числе телесные ощущения, чувства и мысли (например, опишите, что вы видите; опишите комнату и запахи; что на вас надето, что вы чувствуете, о чем думаете).

Вам важно помнить, что ваши воспоминания не опасны, даже если они болезненны, и что возвращение к воспоминанию и их визуализация — это не то же самое, что повторное столкновение с травмой и повторная травматизация. Помните, что дистресс не опасен. Результаты наших исследований показывают, что эмоциональная вовлеченность

в травматическое воспоминание способствует восстановлению. Подумайте, что вы можете сделать, чтобы перешагнуть через стену, которую построили, чтобы защитить себя от эмоций. К сожалению, нет другого пути, чтобы перейти на другую сторону боли, кроме как перешагнуть через нее. Перетерпите ее, позвольте себе испытать все, что вы должны прочувствовать, и вы сможете перешагнуть через нее. Если вы будете слишком оберегать себя, то застрянете на месте.

Чрезмерная вовлеченность

Используемый в ПЭ термин “чрезмерная вовлеченность” относится к повышенному эмоциональному дистрессу, вызванному экспозицией (имагинальной или *in vivo*) травматического воспоминания. Столкновение в воображении с пугающими воспоминаниями или образами обычно болезненно, и большинство людей плачут или расстраиваются, особенно на ранних этапах ПЭ. Мы хотим, чтобы из этого вы вынесли такие уроки: 1) воспоминания не опасны, даже если болезненны; 2) вы не сходите с ума; 3) вы не теряете контроль; 4) тревога не длится бесконечно.

Если это проблема для вас, и во время возвращения к вашей травме и ее пересказа вы так эмоционально расстраиваетесь, что думаете, что это вряд ли способствует эмоциональной обработке воспоминания, есть вопросы, которые вы должны обсудить с вашим терапевтом и которые могут привести к изменению способа проведения экспозиции.

- ♦ Трудно ли вам поддерживать чувство заземления и безопасности в настоящий момент?
- ♦ Воспринимаете ли вы пересказ травматического воспоминания так, будто на самом деле вновь сталкиваетесь с травмой?
- ♦ Появляются ли у вас телесные воспоминания или флешбэки во время имагинальной экспозиции?

- ♦ Способны ли вы отвечать на вопросы или следовать инструкции терапевта?
- ♦ Чувствуете ли вы себя отстраненным или диссоциированным от действительности?
- ♦ Чувствуете ли вы, что полностью вернулись в травматическую ситуацию, и сейчас вы в ней, а не рассказываете свою историю в кабинете терапевта?
- ♦ Чувствуете ли вы себя застрявшим?

Основная цель модификации процедур имажинальной экспозиции — помочь вам описывать определенную часть травматического воспоминания и одновременно справляться со своим дистрессом, оставаясь заземленным в настоящем и зная, что вы в безопасности. Это не означает не расстраиваться, а означает, что вы можете узнать, что возвращение к вашему травматическому воспоминанию не опасно и вы можете думать о своей травме новым образом. Если вы чрезмерно вовлечены, первый шаг, который поможет вам лучше участвовать в травматическом воспоминании — отменить или изменить процедуры, которые предназначены для стимулирования вовлеченности: возможно, описывая сцену экспозиции, держать глаза открытыми и использовать прошлое, а не настоящее, время в рассказе о травматическом воспоминании. Иногда сами по себе эти два изменения достаточно снижают вовлеченность. Полезно напомнить себе, что вы уже пережили травму и можете стоять одной ногой на земле, в кабинете вашего терапевта, а другой — в своем воспоминании и имажинальной экспозиции.

Альтернативной процедурой для людей, которые чрезмерно вовлечены, является записывание повествования о травме, вместо того, чтобы сразу говорить о ней. Это можно сделать на сессии, а также в качестве домашнего задания между сессиями. Если вы попробуете этот вариант, напишите все, что произошло, включая мысли, чувства, действия и ощущения, а также случившиеся события. Если это дела-

ется на сессии, то, как только вы напишите повествование о травме и начнете лучше контролировать свои чувства, вы можете прочитать написанное вслух.

Другие препятствия для успешной экспозиции

Избегание

Столкновение с опасными ситуациями или стимулами побуждает к бегству или избеганию, поэтому избегание является наиболее часто встречающимся препятствием для эффективной экспозиции как внутри, так и за пределами кабинета терапевта. Средняя фаза лечения — иногда известная как “чувствовать себя хуже перед тем, как почувствовать себя лучше” — может быть особенно трудной для некоторых людей.

Если вы действительно испытываете трудности с избеганием, имейте в виду, что оно является частью посттравматического стрессового расстройства, и именно поэтому вы пошли на лечение. Если бы приближение, а не избегание было для вас легче, вы бы это уже сделали. Помните, что избегание снижает тревогу и дистресс в краткосрочной перспективе, а в долгосрочной поддерживает ваши симптомы и мешает вам узнать, что избегаемые ситуации (или мысли, воспоминания, побуждения и образы) не являются вредными или опасными.

Как мы уже упоминали ранее, вам может понадобиться внимательный пересмотр упражнений на экспозицию *in vivo* и разбивка их на постепенные шаги. Иногда мы описываем сопротивление как сидение на заборе между экспозицией и избеганием. Мы знаем, что трудно сойти с забора, но иначе усиливаются страх и другие негативные эмоции, не давая вам двигаться вперед. Мы призываем *выбрать* тревогу, чтобы достичь чувства мастерства и восстановиться,

вместо того, чтобы она сама приходила против нашей воли. Главная задача состоит в том, чтобы понять, что, хотя тревога некомфортна, в любом случае она неопасна, и данное лечение состоит в обучении терпеть тревогу, вызываемую экспозицией или отсутствием избегания. Примите тревогу и переживайте ее так сильно, как только сможете.

Наконец, может быть полезно вспомнить, почему вы пошли на лечение (т.е., каким образом симптомы ПТСР мешают вашей жизни). Сохраняйте свою мотивацию, даже в трудные моменты.

Гнев, грусть, стыд, вина и другие негативные эмоции

Хотя экспозиционная терапия была изначально задумана как лечение, направленное на снижение чрезмерной или нереалистичной тревоги, наш многолетний опыт лечения страдающих от ПТСР научил нас, что ПЭ помогает эмоционально обработать гораздо больше эмоций, чем только эмоции страха и тревоги. Часто в процессе ПЭ пробуждаются и активируются сильные эмоции. Люди часто сообщают о чувствах гнева, ярости, печали, скорби, стыда и вины при возвращении к травматическому воспоминанию и в другие моменты обработки своих травм. Важно отметить, что исследование результатов лечения ПТСР показывает, что все виды негативных эмоций, в том числе гнев, стыд и вина, снижаются с помощью ПЭ. Давайте посмотрим, как две из этих эмоций — гнев и стыд — решаются в ПЭ.

Гнев

Хотя нормально и оправданно испытывать гнев, когда вы думаете о своей травме, застревание в гневе мешает вашему выздоровлению. Если гнев доминирует в ваших переживаниях во время имажинальной экспозиции или последующей обработки, это может блокировать работу над дру-

гими важными эмоциями, связанными с травматическим воспоминанием, особенно эмоциями, которые заставляют вас чувствовать себя более уязвимым. Мы обнаружили, что многим людям легче испытывать гнев, чем страх или печаль. Подумайте о том, насколько вы разгневаны, и отбрасывает ли это вас назад. Подумайте, что вам нужно сделать, чтобы преодолеть этот гнев. Ваш терапевт может помочь вам в этом, валидируя ваш гнев как адекватную реакцию на травму и как симптом ПТСР, а также поощряя вас направить энергию вашего гнева на то, чтобы устранить его, сосредоточившись на других важных составляющих вашего травматического переживания и других связанных с ним эмоциях.

Стыд

Когда пострадавшие от ПТСР испытывают сильный стыд за свою травму, они часто борются с тем, чтобы рассказать своему терапевту, что случилось с ними, и с возвращением этих травматических переживаний и их пересказом на терапевтических сессиях. Стыд может заставить людей избегать смотреть на терапевта, закрывать лицо руками или одеждой, отворачиваться от терапевта. Иногда пострадавшие переживают сильный стыд, считая себя “плохими” или “грязными” или думая, что с ними что-то не так, и именно поэтому все это с ними произошло, или что они не смогли сделать что-то, что необходимо было сделать. Мы верим, что стыд поддерживает травматическое переживание, пряча его как секрет, которым ни с кем нельзя поделиться. Он не дает открыть это переживание свету, вынести наружу связанные с ним воспоминания, мысли и чувства, где они могут быть исследованы. Если вы боретесь со стыдом, мы рекомендуем вам рискнуть поделиться воспоминаниями с вашим терапевтом и возвратиться к ним в имажинальной экспозиции, тем самым давая себе возможность рассмотреть события в другой, зачастую более точной, перспективе. Ваш тера-

певт может поощрить вас открыть глаза и смотреть на него во время возвращения к воспоминанию и его обработки, чтобы вы могли видеть реакцию терапевта. Это может быть сильным исцеляющим средством — видеть сострадательную и не критичную реакцию, а не реакцию обвинения или отвращения, которых вы боялись увидеть.

Помните, что, даже если экспозиционная терапия не для всех подходит, было убедительно доказано, что это лечение снижает симптомы ПТСР и является предпочтительным выбором в его случае. Мы твердо уверены, что даже если у вас возникают проблемы, по возможности найдите способ поддерживать направленность вашего лечения на ПЭ. Снижение ПТСР, депрессии и связанных с ними симптомов, а также повышение чувства уверенности и самоэффективности помогут вам лучше справляться сейчас и в будущем. Мы знаем, что временно это может быть сложным, но мы также знаем, что оно того стоит. Следуйте этому и сделайте все возможное, чтобы максимально воспользоваться такой возможностью.

Цели

- ♦ Проверить домашнее задание
- ♦ Вернуться к своему травматическому воспоминанию и пересказать его, используя имагинальную экспозицию
- ♦ Начиная с сессии 5, больше сосредоточиваться на “горячих точках” (частях воспоминания, которые до сих пор вызывают наибольшие дистресс и тревогу)
- ♦ Обсудить переживания, связанные с возвращением к травматическому воспоминанию и его обработкой
- ♦ Обсудить экспозицию in vivo
- ♦ Запланировать домашнее задание на следующую неделю

Проверка домашнего задания

Мы надеемся, что к этому времени вы почувствовали, как столкновение с воспоминаниями о вашей травме и напоминающие о травме безопасные ситуации могут помочь обработать то, что с вами произошло. Мы надеемся, что каждый день вы часами работаете над домашним заданием, чтобы способствовать этой обработке. Каждый день вы должны слушать запись имагинальной экспозиции. И не просто пассивно слушать, а подключаться к ней, как вы это делаете на сессии с вашим терапевтом. Вы должны практиковать

имагинальную экспозицию в тихом, уединенном месте, где никто не может вас услышать. Ваши глаза при этом должны быть закрыты. Убедитесь, что находитесь в месте, где чувствуете себя в безопасности, держа при этом глаза все время закрытыми. Попробуйте мысленно представить себе все, что описываете на аудиозаписи, позволив себе прочувствовать все возникающие при этом образы, мысли и эмоции, и оставаться с ними. Вы должны дать себе несколько минут после имагинальной экспозиции, чтобы обработать для себя переживание, думая о том, как ваши реакции меняются и над чем еще нужно поработать.

- ◆ Снижаются ли ваши беспокойство и дистресс?
- ◆ Испытываете ли вы гнев?
- ◆ Чувствуете ли вы стыд, вину или депрессию?
- ◆ Обвиняете ли вы все еще себя?
- ◆ Начали ли вы относиться к себе более снисходительно, понимая, что сделали все, что смогли?

Не пытайтесь заставить себя думать так, как вы “должны” думать о травматическом воспоминании, но оставайтесь открытыми, чтобы позволить своим мыслям и чувствам об этом измениться. Не удивляйтесь, если испытаете меньший дистресс, думая о вещах, которые очень беспокоили вас с момента травмы. Это не означает, что травма уже потеряла свое значение для вас — это означает, что влияние травмы на вашу жизнь *сейчас* уменьшается.

Прикладываете ли вы максимальные усилия к тому, чтобы выполнять упражнения на экспозицию *in vivo*? Мы знаем, что они отнимают много времени, но чем больше вы его потратите на них сейчас, тем больше пользы вы извлечете от этих упражнений. Данная терапевтическая программа достаточно компактна — она занимает недели, а не месяцы — поэтому прикладывайте как можно больше усилий, участвуя в ней, — это окупится. Заметили ли вы, что выпол-

нять упражнения на экспозицию *in vivo* становится легче? Вы должны похвалить себя и почувствовать гордость за вложенные в это усилия.

Имагинальная экспозиция

Начиная примерно с сессии 4-5, когда вместе со своим терапевтом вы будете работать над возвращением воспоминаний о случившемся с вами (имагинальная экспозиция), терапевт попросит вас замедлить рассказ о своей травме и более подробно сосредоточиться на том, что вы видите, слышите и чувствуете. При этом вы так же будете каждые 5 минут оценивать значения своего субъективного дистресса. Как обычно, вы должны будете как можно быстрее сообщить свою оценку, не выходя при этом из образа. Как и прежде, вы закроете глаза и попытаетесь наглядно представить, что произошло во время травмы. Используйте настоящее время, как если бы это происходит сейчас, и включите в повествование то, что происходит, что вы чувствуете и думаете во время этого переживания. На этом этапе вашей работы вы должны привлечь *все* детали, которые вспомните. Если они присутствуют в вашем воспоминании, расскажите о них вслух. Не беспокойтесь о том, как это прозвучит. Вы будете продолжать имагинальную экспозицию в течение 40–45 минут без перерыва. Этот процесс может занять некоторое время — на самом деле, иногда потребуются несколько имагинальных экспозиций, прежде чем начнется снижение уровня дистресса, или габитуация. Важно помнить, что медленные темпы этого не означают, что вы не выздоравливаете или не получаете пользу от лечения. Наши исследования показали, что улучшение происходит у разных людей с разными темпами и, если вы не чувствуете себя лучше к концу сессии имагинальной экспозиции, это не означает, что у вас будет более плохой результат к концу терапии.

Есть ли у вас какие-либо трудности, препятствующие вам подключиться к вашим эмоциям во время имажинальной экспозиции? Помните, что вы находитесь в безопасности, в кабинет вашего терапевта, и что важная часть возвращения к воспоминанию о травме — это вовлеченность в связанные с ней эмоции. Напомните себе, что воспоминания не опасны, даже если они заставляют вас чувствовать расстройство или тревогу. Вы сильнее своих воспоминаний.

По мере терапевтического прогресса (начиная примерно с сессии 5) будет полезно все больше и больше сосредотачиваться на “горячих точках” воспоминаний, которые описаны дальше.

Горячие точки

До этого момента, каждый раз, когда вы выполняли имажинальную экспозицию, вы описывали полностью воспоминание о том, что случилось с вами — с начала до конца травмы. И мы надеемся, что у вас есть прогресс и вы отметили снижение тревоги и дистресса, по крайней мере, в отношении относительно менее тревожных моментов вашего воспоминания. Когда вы достигнете этой точки, то вместе с вашим терапевтом проведете имажинальную экспозицию немного по-другому.

Когда человек начинает получать пользу от привыкания, или габитуации к некоторым аспектам травматического переживания (как мы уже говорили ранее, это, как правило, относительно менее тревожные части воспоминания), мы начнем применять другую процедуру, которая помогает эмоционально обработать наиболее сложные моменты. С вашим терапевтом вы будете обсуждать — основываясь на вашей последней экспозиции и прослушивания дома записи имажинальной экспозиции — самые болезненные для вас *сейчас* части этого воспоминания. А потом, начиная со следующей сессии (примерно, с сессии 5), вы не будете проходить все

воспоминание от начала до конца — ваш терапевт попросит вас сосредоточиться на возвращении к каждой из этих горячих точек, по одной за раз. Для начала вы выберете одну из них, определив ее начало и конец, и будете снова и снова повторять только эту часть воспоминания, сосредоточившись на очень подробном описании того, что произошло, как будто в замедленной съемке, включая все, что вы чувствовали, видели, слышали и думали. Вы повторите это столько раз, сколько будет необходимо, чтобы “заездить” это воспоминание, вызвав заметное снижение значений вашего субъективного дистресса. Когда эта часть будет уже достаточно обработана, вы перейдете к следующей, определив ее начало и конец. В некотором смысле процедура горячих точек похожа на процедуру массажа. Если в теле есть мышечные зажимы, массажист их находит и работает над каждым снова и снова, пока мышца не расслабится. Один из наших клиентов сказал, что повествование в экспозиции похоже на рассказ с пропусками, и мы работали над ними так, чтобы заполнить все пропуски и сделать его гладким от начала до конца. Другой сравнил это с очисткой раны, вызвавшей заражение всего организма — после лечения антибиотиками организм начал функционировать, и общее самочувствие улучшилось.

Когда ваша работа над горячими точками будет завершена, и вы сможете визуализировать и описывать эти наихудшие моменты без значительного дистресса, вы снова сосредоточитесь на описании целостного воспоминания о травме, поместив горячие точки туда обратно и соединив с остальным контекстом. Это следует сделать на последней терапевтической сессии. Помните, что одна из целей пролонгированной экспозиции (ПЭ) — чтобы вы вышли из терапии с хорошо организованной и полной историей того, что с вами случилось, с теми мыслями и эмоциями, которые у вас были на тот момент.

Для некоторых клиентов с множественными травмами или с травмой, которая происходила более одного раза (например, сексуальное насилие в детстве или повторяющиеся

стычки во время боевых действий), может потребоваться сосредоточить имажинальную экспозицию на нескольких травматических воспоминаниях. Мы предлагаем вам не переходить к следующему воспоминанию о травме, пока вместе со своим терапевтом вы не отметите прогресс в отношении предыдущего. Поскольку мы изначально пытаемся сосредоточиться на возвращении к худшему травматическому воспоминанию, или тому которое, вызывает наибольшее количество повторяющихся симптомов, достигнутый с ним успех часто переносится на другие травматические воспоминания и, таким образом, они станут не такими болезненными, когда вы начнете над ними работать. Но если какие-то другие воспоминания все еще очень болезненны для вас, вы можете захотеть поработать и над ними. Вместе с вашим терапевтом обсудите это и решите, насколько это необходимо.

Обработка имажинальной экспозиции

Как было подробно описано в сессии 3, по завершении имажинальной экспозиции травмы вы будете ее обрабатывать. Здесь вы будете говорить о переживании возвращения к травматическому воспоминанию и его пересказа, что вы думаете и чувствуете в отношении травмы, любые изменения, которые замечаете во время обработки воспоминания, и какое значение травма играет в вашей жизни *сейчас*. Вы будете говорить о том, как травма повлияла на вашу жизнь и как ваши мысли об этом могут измениться. Вы будете говорить о том, что вам нужно, чтобы продолжать работать над ней. Обычно по мере терапевтического прогресса люди вырабатывают новые взгляды на травму. Эти новые взгляды часто бывают более реалистичны, способствуя тому, что воспоминание о травме с меньшей вероятностью будет вызывать высокий дистресс или тревогу. Другие негативные эмоции, связанные с травмой, например грусть, стыд, гнев и вина, тоже снизятся.

Хотя цель возвращения к воспоминанию о травме не включает в себя восстановление забытого воспоминания, иногда в работе над горячими точками, когда люди определяют самые страшные моменты случившегося, появляется новая информация. Вот примеры: “Я думал, что мои родители смогут увидеть меня уже только в гробу” или “Я волновался, что он ударит меня по глазам, и я ослепну, и тогда, даже если выживу, то никогда не смогу снова работать”. Важно сосредоточиться на возвращении к этим трудным моментам и проговорить их с вашим терапевтом.

Экспозиция in vivo

Вы должны продолжать выполнять ежедневные домашние задания на экспозицию in vivo и продвигаться вверх по иерархии in vivo в терапевтическом процессе. Вы должны продолжать практиковать каждый элемент экспозиции, пока он не станет переноситься легче и, в идеале, не будет вызывать лишь легкое беспокойство или дискомфорт. Как только ваша тревога снизится, а ваша уверенность возрастет, мы призываем вас сделать все возможное, чтобы вернуть себе свою жизнь — расширять экспозицию in vivo (сверх предписанного вашим терапевтом) в своей повседневной жизни.

Домашнее задание

Для домашнего задания вы снова воспользуетесь *Раздаточным материалом 5: Форма записи домашнего задания на имажинальную экспозицию*. Вы также будете опять использовать *Раздаточный материал 5: Форма записи домашнего задания для сессий 3–10* для выполнения домашнего задания на оставшихся сессиях.

Немного замечаний о домашнем задании

- ♦ Когда вы слушаете запись вашей имажинальной экспозиции, не делайте это перед сном, так как мы не хотим, чтобы она помешала вам заснуть.
- ♦ Кроме того, не позволяйте другим людям слушать запись, поскольку мы не хотим, чтобы вы имели дело с их реакцией, пока сами пытаетесь разобраться в собственных реакциях и чувствах по этому поводу. Кроме того, если вы позволяете другим людям слушать вашу запись, то можете упустить что-то важное, потому что будете беспокоиться о том, как кто-то другой отреагирует на нее.
- ♦ Вы можете сделать ксерокопию *Раздаточного материала*⁵.

Раздаточный материал 5.8:**Форма записи домашнего задания для сессий 3–10**

Имя _____ Дата _____ Терапевт _____

Сессия _____

1. Продолжайте практиковать дыхательную технику.
2. Слушайте запись имагинальной экспозиции, по крайней мере, ежедневно, и с помощью *Раздаточного материала 5.7: Форма записи домашнего задания на имагинальную экспозицию* оцените значения своего субъективного дистресса.
3. Ежедневно продолжайте выполнять упражнения на экспозицию *in vivo*, поднимаясь вверх по иерархии значений субъективного дистресса. Во время практики используйте *Раздаточный материал 4.5: Форма записи домашнего задания на экспозицию in vivo*. Если во время проведения экспозиции *in vivo* у вас нет под рукой вашей Рабочей тетради клиента, вы можете оценить значения своего субъективного дистресса, а также записать ситуацию, дату и время на любом листе бумаги или на своем телефоне, а затем перенести эту информацию в раздаточный материал, когда вернетесь к нему. Ситуации для практики на этой неделе:

4. Прослушайте один раз запись всей сессии.

Цели

- ♦ Продолжить возвращение к своей травме и ее пересказ посредством имагинальной экспозиции
- ♦ Оценить свой терапевтический прогресс и обсудить продолжение практики
- ♦ Обсудить профилактику рецидивов
- ♦ Завершите терапию

Имагинальная экспозиция

На этой последней сессии вы уделите имагинальной экспозиции около 15–20 минут. На этот раз вы пройдете все воспоминание о травме за один раз, вместо того, чтобы работать над горячими точками. Важно пройти через все воспоминание с момента, который вы определили как начало травмы, до того момента, который вы определили как конец травмы. На данный момент то, что вы думаете и чувствуете о травме, вероятно, изменилось, и это отразится на вашем возвращении к воспоминанию о травме и его пересказе. Когда вы закончите имагинальную экспозицию, то будете проговаривать свои переживания (обрабатывать), как делали это раньше. Тем не менее, в этом обсуждении вам полезно поговорить со своим терапевтом о том, как имагинальная экспозиция изменилась для вас по ходу терапии, например.

122 Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции: ...

- ♦ Помните ли вы, что в первый раз чувствовали, когда возвратились к этому травматическому воспоминанию и пересказывали его?
- ♦ Каково это сегодня, по сравнению с тем, что это было тогда?
- ♦ Изменилось ли что-нибудь еще в вашем воспоминании или в том, что травма значит в вашей жизни сейчас?
- ♦ Воспринимаете ли вы сейчас свои травматические переживания иначе, чем раньше?

Обзор навыков, которыми вы овладели в этой программе

После всей проделанной вами работы и достигнутых в результате упорного труда улучшений, важно оценить свои успехи и навыки, которыми вы овладели в терапии. Работая с терапевтом и часами выполняя домашние задания, вы потратили много времени и сил, чтобы помочь себе обработать то, что случилось во время травмы. Кроме того, что вы много раз подробно пересказывали травматическое воспоминание и провели много времени, выполняя упражнения на экспозицию *in vivo*, приближаясь к людям и ситуациям, которые после травмы стали вас пугать или воспринимались как небезопасные. Пришло время подумать над следующим.

- ♦ Что из того, что вы узнали, помогло вам почувствовать себя лучше и снизить ваши симптомы?
- ♦ Как вы себя чувствуете сейчас?
- ♦ Что вы нашли полезным или бесполезным во время лечения?
- ♦ Какие навыки вам нужны, чтобы продолжать практиковаться?
- ♦ Что вы планируете в будущем?

Ваш терапевт обратится к иерархии экспозиции *in vivo* (*Раздаточный материал 4.4*), которую вы составили вдвоем на сессии 2. Когда ваш терапевт будет зачитывать пункты из списка, попробуйте представить, что выполняете каждую из этих экспозиций *прямо сейчас*, и что при этом чувствуете. Ваш терапевт попросит вас оценить значения своего субъективного дистресса для каждой ситуации в списке, как если бы вы сталкивались с ней прямо сейчас. Затем вы вместе пройдетесь по списку и сравните оценки, которые поставили на сессии 2, с оценками, которые поставили на последней сессии. Мы думаем, что вы будете приятно удивлены! Почти для всех людей, проходящих эту программу, значения субъективного дистресса существенно снижаются. Подумайте о том, что это значит для вас. Подумайте о том, как вы добились этого, что вы узнали о реальности ситуаций из списка, и что вы узнали о себе и мире по ходу этой программы. Подумайте о том, как было тяжело, и как все изменилось. Вспомните, как много вы старались. Вы заслужили эти низкие оценки значений своего субъективного дистресса!

Внимательно посмотрите на список оценок “до” и “после” и подумайте, какие выводы можно сделать. Для каких ситуаций наиболее снизились оценки значений субъективного дистресса? Поговорите о том, что вы сделали, чтобы добиться таких изменений. Есть ли что-нибудь, что вы оцениваете сейчас как “0 СЗ” или около того? Спорим, что это те ситуации, которые вы часто практиковали. Многие люди, с которыми мы работали, в свое время даже не могли себе представить, что некоторые из этих ситуаций больше не будут вызывать у них тревогу. Для каких ситуаций незначительно изменились оценки значений субъективного дистресса? Как вы думаете, почему они все еще вызывают у вас некоторую тревогу и дистресс? Чему вы можете научиться из этого, и что, по вашему мнению, вам нужно сделать? Для многих это те ситуации, которые они не очень часто практиковали. Окончание работы с вашим терапевтом еще не означает, что вы прекращаете свои упражнения. Совсем

наоборот! Вы должны поддерживать свои новые хорошие привычки. Если какая-то из этих ситуаций по-прежнему тревожит вас, вы должны упорно работать над ней в экспозиции *in vivo* уже самостоятельно, как делали это с другими ситуациями во время лечения. Ваш терапевт поможет вам составить план действий по работе с такими ситуациями. Кроме того, вы должны следить за любым повышением тревоги, связанной с действиями или ситуациями, с которыми сталкивались во время терапии. Если вы будете наблюдать такое увеличение, что вам нужно делать? (Подсказка: что бы вы сделали, чтобы вам стало лучше?)

Пожалуйста, помните, что в этой программе вы научились новому подходу, и он состоит именно в том, чтобы *приближаться* к тому, что вас беспокоит, а не *избегать* его. Не избегайте чего-то, потому что это вас расстраивает. Чтобы пройти через что-то, нет другого способа, кроме как подойти к нему. Вы должны продолжать практиковать этот подход, продолжать смотреть в лицо своим страхам, и продолжать делать эту работу, даже когда вам страшно или тяжело, особенно когда тяжело. Вы так упорно трудились, и так много прошли, чтобы достичь этой точки, и у вас появились новые привычки, которые требуют постоянной практики. В конце терапии некоторые люди чувствуют, что все еще стоят перед некоторыми ситуациями, как на распутье, и не могут выбрать, в какую сторону пойти. Мы призываем вас не возвращаться к старой привычке избегания. Терапия напоминает программу физических тренировок, помогающих прийти в хорошую форму. Если вы много работаете и добиваетесь своих целей, а потом прекращаете тренировки и начинаете много есть, то вернетесь к старым привычкам и можете утратить свои достижения. Одна клиентка с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), которая также лечилась от алкогольной зависимости, на заключительной терапевтической сессии сказала: “Я чувствую, что прошла подготовку и приобрела новые навыки и новое отношение ко многим вещам. Это как мое лечение алкозависимости:

мне просто нужно продолжать работать так же упорно, как я работаю в своей алкогольной программе”. Она совершенно права! И вы тоже должны продолжать практиковать экспозицию, оставаясь со своими болезненными воспоминаниями, эмоциями и ситуациями, которые на самом деле не опасны, пока не почувствуете себя лучше.

Мы действительно хотим, чтобы вы подвели итоги всему, что узнали в этом терапевтическом курсе, и подумали о том, что помогло вам почувствовать себя лучше. Вот несколько вопросов, над которыми стоит задуматься и обсудить их со своим терапевтом.

- ♦ Как я достиг всех этих изменений? Что помогло мне добиться таких терапевтических результатов?
- ♦ Что я могу сказать об уровне своего беспокойства или дискомфорта в определенных ситуациях?
- ♦ Чему я обучился?
- ♦ Что я нашел для себя наиболее полезным, чтобы справляться с этой тревогой и дискомфортом?
- ♦ Есть ли проблемы, которые меня все еще беспокоят? Что мне нужно делать с ними?

Совершенно осознанно продолжайте практиковать навыки, которые приобрели в терапии, в течение следующих нескольких месяцев (или столько, сколько понадобится). Если вы столкнетесь с проблемами, мы рекомендуем позвонить вашему терапевту и записаться на дополнительную сессию.

Профилактика рецидивов

Хотя мы предполагаем, что вы почувствовали себя намного лучше, мы хотим подготовить вас к будущим “вспышкам” и заверить, что их следует ожидать. В будущем могут возникнуть ситуации, когда будет казаться, что симптомы вашего ПТСР возвращаются или даже усугубляются.

Однажды ночью вы можете проснуться от кошмара, даже если они уже давно не появлялись. Вы можете почувствовать сильное желание избегать ситуаций, которых не избегали с момента окончания лечения. Это может происходить во время стрессов или, возможно, в периоды перемен. Переезд, получение новой работы, женитьба, рождение детей, уход детей из дома и их замужество — все это, в целом, счастливые моменты, но они могут быть и стрессовыми. Ваш организм научился реагировать на экстремальный стресс симптомами ПТСР, и вы можете заметить некоторые из них в будущем. Это не значит, что у вас рецидив, но это значит, что вам нужно обратить на них внимание.

Если вы заметили какие-то из этих симптомов, например, навязчивые мысли или образы травмы, отстраненность от других людей, избегание напоминаний о травме, чувство раздражительности или проблемы со сном, будет важно подумать о том, чему вы научились по ходу этой терапевтической программы. Обратите внимание на свои привычки и убедитесь, что делаете то, что, как вы убедились, на самом деле снижает ваши симптомы. Подумайте о том, какие навыки лучше всего помогают вам, и о чем вам нужно напоминать себе в будущем.

Выпуск

Мы знаем, что эта работа была эмоционально насыщена — как для вас, так и для вашего терапевта, — и не удивительно, что прекращение терапии может быть трудным для вас. Надеюсь, вы стали доверять своему терапевту, так как вместе с ним проделали огромную работу. Потратьте необходимое время, чтобы попрощаться с ним, и подумайте о том, чему вы научились в ходе этих отношений. Для многих людей, переживших травму, для которых доверие было огромной проблемой, может быть очень удивитель-

но, что они смогли поделиться такими интимными подробностями своего травматического переживания, и научились так доверять другому человеку. Если это произошло с вами, то вы получили прекрасный урок. Разве это не здорово — узнать, что вы *можете* снова доверять людям, что такие люди могут находиться рядом с вами, и вы можете позволить им находиться рядом с вами? Мы надеемся, что вы сможете использовать этот урок в ваших других или будущих отношениях.

Опять же, подведите итоги тому, чего вы достигли и над чем еще нужно поработать.

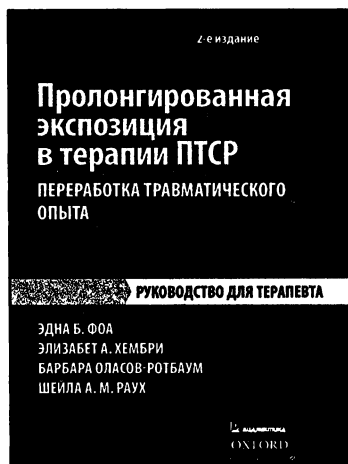
- ♦ Насколько полезной для вас оказалась техника дыхательной релаксации?
- ♦ Как часто вы практиковали имажинальную экспозицию (слушали запись), и как она проходила? Изменились ли ваши чувства? Что сделало ее проще? Изменились ли ваши мысли?
- ♦ Как часто вам удавалось практиковать экспозицию *in vivo*?
- ♦ Над чем вам еще следует поработать?
- ♦ Какой важный совет вы бы дали близкому человеку, который размышляет о прохождении этой программы?

Помимо чувства удивления, что можно доверять кому-то еще, многие люди, с которыми мы работали, удивляются тому, что можно доверять себе — может быть, впервые. Мы думаем, что, в каком-то смысле, это то, ради чего разработана данная программа: обрести уверенность в себе и научиться верить, что вы сможете справиться с тем, что подбрасывает вам жизнь. Поздравляем! Вы должны очень, очень собой гордиться. Мы знаем, что это очень тяжелая работа, и вы сделали огромные успехи. Мы рады, если эта книга, эта программа и наш опыт помогли вам в этом путешествии.

Удачи! Безопасного путешествия! Верьте в себя!

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ЭКСПОЗИЦИЯ В ТЕРАПИИ ПТСР: ПЕРЕРАБОТКА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА РУКОВОДСТВО ДЛЯ ТЕРАПЕВТА 2-Е ИЗДАНИЕ

Эдна Б. Фoa
Элизабет А. Хембри
Барбара Оласов-Ротбаум
Шейла А. М. Раух



www.williamspublishing.com

Эффективная современная методика терапии посттравматического стрессового расстройства — пролонгированная экспозиция, позволяющая клиенту эмоционально обработать травматический опыт и избавиться от связанных с травмой симптомов. Под руководством терапевта клиент в ходе индивидуально разработанной программы переживает безопасные, но провоцирующие тревогу ситуации. Цель программы — помочь клиенту преодолеть страх и другие симптомы ПТСР. В книге рассматриваются случаи из практики и методы, с успехом примененные для снижения и устранения симптоматики. Данное руководство рассчитано на терапевтов, использующих для лечения ПТСР пролонгированную экспозицию и методы когнитивно-поведенческой терапии.

ISBN 978-5-907203-49-5

в продаже

Победить ПТСР методом пролонгированной экспозиции

Рабочая тетрадь клиента

Одна из эффективных современных методик терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) — пролонгированная экспозиция, позволяющая клиенту эмоционально обработать травматический опыт и избавиться от связанных с травмой симптомов. Данная книга представляет собой рабочую тетрадь для клиентов, проходящих терапию ПТСР методом пролонгированной экспозиции. В книге представлены рекомендации, таблицы и материалы для самостоятельной работы, которая проводится под руководством терапевта по индивидуальной программе.

ОБ АВТОРАХ

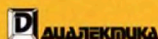
Барбара Оласов-Ротбаум — д-р философии, член Американского совета профессиональной психологии, профессор психиатрии в Медицинской школе Эмори, руководитель кафедры нейрпсихофармакологии, специалист по терапии тревожных расстройств и ПТСР.

Эдна Б. Фоа — д-р философии, профессор клинической психологии в Университете Пенсильвании, директор Центра лечения и изучения тревоги. Специалист по терапии ОКР и ПТСР.

Элизабет А. Хембри — д-р философии, ассоциированный профессор кафедры психологии на факультете психиатрии Медицинской школы Перельмана при Университете Пенсильвании (Филадельфия). Специалист по психологии травмы и терапии тревожных расстройств с использованием когнитивно-поведенческих методов.

Шейла А.М. Раух — д-р философии, член Американского совета профессиональной психологии, ассоциированный профессор кафедры психиатрии на факультете психиатрии и поведенческих наук в Медицинской школе Эмори, больше 20 лет посвятила изучению ПТСР и тревожных расстройств.

Категория: психотерапия



OXFORD
UNIVERSITY PRESS

ISBN 978-5-907203-50-1



9 785907 203501